



T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ (KLİNİK PSİKOLOJİ-
ERİŞKİN) ANABİLİM DALI



**COVID-19'A BAĞLI OLARAK YAKININI KAYBEDEN
BİREYLERDE TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU VE
DEPRESYON İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

ESRA AMET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

BURSA-2022



T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ TIP
FAKÜLTESİ PSİKİYATRİ (KLİNİK
PSİKOLOJİ-ERİŞKİN) ANABİLİM
DALI



**COVID-19'A BAĞLI OLARAK YAKININI KAYBEDEN
BİREYLERDE TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU VE
DEPRESYON İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

ESRA AMET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN:

Prof. Dr. Aslı SARANDÖL

BURSA-2022

T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ETİK BEYANI

Yüksek Lisans/Doktora tezi olarak sunduğum

“COVID-19’A BAĞLI OLARAK YAKININI KAYBEDEN BİREYLERDE TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU VE DEPRESYON İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ” adlı çalışmanın, proje safhasından sonuçlanmasına kadar geçen bütün süreçlerde bilimsel etik kurallarına uygun bir şekilde hazırlandığını ve yararlandığım eserlerin kaynaklar bölümünde gösterilenlerden oluştuğunu belirtir ve beyan ederim.

Esra AMET

14.06.2022

TEZ KONTROL ve BEYAN FORMU

07/06/2022

Adı Soyadı: Esra AMET

Anabilim Dalı: Tıp-Psikiyatri (Klinik Psikoloji-Erişkin)

Tez Konusu: COVID-19' a Bağlı Olarak Yakınını Kaybeden Bireylerde Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Depresyon İlişkisinin İncelenmesi

ÖZELLİKLER	<u>UYGUN</u>		<u>ACIKLAMA</u>
	<u>UYGUNDUR</u>	<u>DEĞİLDİR</u>	
Tezin Boyutları	☒	☐	
Dış Kapak Sayfası	☒	☐	
İç Kapak Sayfası	☒	☐	
Kabul Onay Sayfası	☒	☐	
Sayfa Düzeni	☒	☐	
İçindekiler Sayfası	☒	☐	
Yazı Karakteri	☒	☐	
Satır Aralıkları	☒	☐	
Başlıklar	☒	☐	
Sayfa Numaraları	☒	☐	
Eklerin Yerleştirilmesi	☒	☐	
Tabloların Yerleştirilmesi	☒	☐	
Kaynaklar	☒	☐	

DANIŞMAN ONAYI

Unvanı Adı Soyadı: Prof. Dr. Aslı SARANDÖL

İmza:

İÇİNDEKİLER

Dış Kapak

İç Kapak

ETİK BEYAN.....	II
KABUL ONAY.....	III
TEZ KONTROL BEYAN FORMU	IV
İÇİNDEKİLER	V-VI
TÜRKÇE ÖZET.....	VII
İNGİLİZCE ÖZET.....	VIII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Salgın Hastalık Kavramı.....	6
2.1.2. COVID-19 Salgını.....	7
2.1.3. COVID-19 ve Ruh Sağlığı.....	7
2.1.4. COVID-19 Salgınında Başa Çıkma: Sosyal Destek ve Dini İnanç.....	8
2.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu.....	11
2.2.1 Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Klinik Belirtileri	12
2.2.2 Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Etiyolojisi.....	13
2.2.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Epidemiyolojisi.....	14
2.2.4. COVID-19 ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu İlişkisi	15
2.3. Depresyon Kavramı.....	16
2.3.1. Depresyon Türleri.....	17
2.3.2. Majör Depresif Bozukluk Belirtileri ve Bulguları.....	17
2.3.3. Majör Depresif Bozukluğun Etiyolojisi	18
2.3.3.1. Biyolojik Faktörler.....	18
2.3.3.1.1. Genetik Faktörler.....	18
2.3.3.1.2. Biyokimyasal Faktörler (Nörotransmitterler).....	18
2.3.3.1.3. Nöroendokrin Faktörler.....	19
2.3.3.2. Psikososyal Faktörler.....	19

2.3.3.2.1. Psikanalitik Kuram.....	19
2.3.3.2.2. Bilişsel Kuram.....	21
2.3.4. Majör Depresif Bozukluğun Epidemiyolojisi.....	22
2.3.5. COVID-19 ve Depresyon İlişkisi	23
2.4. Yas.....	25
2.4.1. Kayıp, Ölüm ve Yas Kavramları	25
2.4.2. Yas Türleri.....	26
2.4.3. Yas Tepkileri.....	27
2.4.4. Yas Sürecini Etkileyen Faktörler.....	28
2.4.5. COVID-19 ve Yas.....	29
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	31
3.1. Örneklem.....	31
3.2. Veri Toplama Araçları.....	32
3.2.1. Demografik Bilgi Formu.....	32
3.2.2. Beck Depresyon Ölçeği.....	32
3.2.3. Travmatik Stres Belirti Ölçeği.....	33
3.3. İstatistiksel Analizler.....	33
4. BULGULAR.....	35
4.1. İlişki Testi.....	38
4.2. Karşılaştırma Testleri.....	38
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	49
5.1. Beck Depresyon ve TSSB Ölçeklerinden Alınan Puanların Sosyodemografik Özellikler Bakımından Karşılaştırılması.....	51
5.2. Depresyon ve TSSB Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	57
6. KAYNAKLAR.....	61
7. SİMGELER VE KISALTMALAR.....	73
8. EKLER.....	74
9. TEŞEKKÜR.....	88
10. ÖZGEÇMİŞ.....	89

TÜRKÇE ÖZET

Bu çalışmanın amacı, COVID-19'a bağlı olarak yakınlarını kaybeden bireylerin depresyon ile travma sonrası stres bozukluğu düzeylerinin bazı değişkenler bakımından nasıl bir farklılaşma gösterdiğini ve depresyon ile travma sonrası stres bozukluğu düzeylerinin birbiri ile olan ilişkisini incelemektir. Araştırmanın örneklemini Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne COVID-19'a bağlı olarak yakın kaybı nedeni ruhsal yakınmalar ile veya daha önceden takipli hastalardan COVID-19'a bağlı olarak yakın kaybı nedeni ile semptomlarında bir artış veya değişkenlik gösteren hastalardan toplam 92 kişi oluşturmaktadır.

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri hakkında bilgi alabilmek için Demografik Bilgi Formu, depresyon düzeylerinin belirlenmesi için Beck Depresyon Envanteri ve travma sonrası stres bozukluğu düzeylerinin belirlenebilmesi için de Travmatik Stres Belirti Ölçeği kullanılmıştır.

Araştırmanın sonuçları, medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyi, maneviyat düzeyi, kaybedilen kişi ile ilişki niteliği, taziyeye gelen kişi sayısı, alkol tüketiminde artış gibi değişkenlerin yüksek depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu belirtilerini açıklamada anlamlı bir etkisi bulunmadığını ancak; cinsiyet, kaybedilen kişinin ölüm yaşı, kaybedilen kişinin ölüm şekli, kaybedilen kişi ile yakınlık derecesi, cenaze töreninin gerçekleştirilebilmesi, cenaze törenine katılım, yas süresinin uzunluğu, sosyal destek sağlayan yakınlar ile görüşme fırsatı, sigara tüketiminde artış, sahip olunan hayatı sonlandırma fikri ve dini inançlarda gerçekleşen değişim gibi değişkenlerin ise yüksek depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu belirtilerini açıklamada anlamlı bir etkisinin bulunduğunu göstermektedir. Ayrıca, COVID-19'a bağlı olarak yakın kaybı deneyimleme durumu ile yüksek düzeyde depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu belirtileri arasında pozitif yönlü bir ilişki ve yüksek düzey depresyon ile travma sonrası stres bozukluğu belirtileri arasında ise pozitif yönde anlamlı bir korelasyon bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, Yas, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Depresyon.

İNGİLİZCE ÖZET

INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER AND DEPRESSION IN INDIVIDUALS WHO LOSE RELATIVES DUE TO COVID-19

The aim of this study is to examine how the depression and post traumatic stress disorder levels of individuals who lost their relatives due to COVID-19 differ in terms of some variables, and the relationship between depression and post traumatic stress disorder levels. The sample of the study consisted of patients with mental complaints due to loss of a close relative due to COVID-19, or patients with previous follow-up who showed an increase or variability in their symptoms due to loss of a close relative due to COVID-19, to Bursa Uludağ University Faculty of Medicine Mental Health and Diseases Polyclinic. It consists of 92 people.

Demographic Information Form was used to obtain information about the sociodemographic characteristics of the participants, the Beck Depression Inventory was used to determine the depression levels and the Traumatic Stress Symptom Scale was used to determine the levels of post-traumatic stress disorder.

The results of the study showed that variables such as marital status, education level, income level, spirituality level, quality of relationship with the lost person, number of condolences, increase in alcohol consumption did not have a significant effect on explaining the symptoms of high depression and post traumatic stress disorder; gender, age at death of the deceased, type of death of the deceased, degree of closeness with the deceased, ability to perform the funeral, participation in the funeral, length of the mourning period, opportunity to meet with relatives who provide social support, increase in smoking consumption, getting professional help situation, the idea of ending own life, and the change in religious beliefs have a significant effect on explaining high depression and post traumatic stress disorder symptoms. In addition, a positive correlation was found between experiencing close loss due to COVID-19 and high-level depression and post traumatic stress disorder symptoms, and a positive significant correlation was found between high-level depression and post traumatic stress disorder symptoms.

Keywords: COVID-19, Grief, Post Traumatic Stress Disorder, Depression.

1. GİRİŞ

İçerisinde bulunduğumuz koronavirüs (COVID-19) pandemi döneminde ani bir şekilde ortaya çıkan, hızla bulaşan ve toplu ölümlere neden olan bir enfeksiyonun beraberinde getirdiği belirsizlik süreci, enfeksiyonun kendisine ya da ailesine bulaşabileceği, sevdiklerinden uzak kalma korkusu, yaşam alanının güvensiz olduğuna dair inançlar, özgürlüğün ve ekonomik kaynakların kaybedilmesi gibi bireyler üzerinde yoğun kaygıya ve strese neden olan durumlar psikoloji alanyazında ilgi görmeye ve araştırılmaya başlanılmıştır. COVID-19 enfeksiyonu, öncelikle Çin'in Hubei Eyaleti Wuhan kentinde Aralık 2019'da ortaya çıkan, nefes darlığı, ateş, öksürük gibi solunum yolu belirtileri ile seyir gösteren 13 Ocak 2020' de ise tanımlanması yapılan bir virüstür (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2020). Salgının başlaması ile birlikte tüm dünyada insanların hayatları hızlı bir şekilde değişime uğramaya başlamıştır. İlk vakanın görülmesi ile birlikte okullar tatil ilan edilmiş, çalışma alanlarının bazıları tamamen kapatılmış, bazıları ise çevrimiçi çalışma ortamına çevrilmiş, spor karşılaşmalarına ara verilmiş, sokağa çıkma kısıtlamaları ile birlikte insanlar zorunlu durumlar dışında evlerinden dışarıya çıkmamaya başlamışlardır. Bu sürecin uzaması, bireylerin umutsuzluk hissindeki artışa bağlı olarak var olan ruhsal belirtilerin giderek kronikleşmesine, depresif belirtilerin artması ile beraber de intihar düşüncelerine veya girişimlerine yol açarak hayati tehlikelere neden olabilmektedir (Center for the Study of Traumatic Stress, 2020; Türkiye Psikiyatri Derneği Ruhsal Travma ve Afet Çalışma Birimi, 2020).

Duygudurum, bireyin içsel olarak deneyimlediği, dünyasını ve çevresini anlamlandırdığı ve davranışlarını şekillendirdiği süreğen bir duygu tonudur. Depresyon da bir duygudurum bozukluğudur. Depresyonda duygudurum çökkün bir halde seyretmektedir. Majör depresyon için iki temel duygu durum belirtisi tanımlanmaktadır bunlar, keyif alamama ve depresif ruh halidir. Bu bozukluğa sahip birey kendisini üzüntülü, kederli, sıkıntılı hissetmektedir. Kişi için hayatın anlamı yitirilmiş ve hayattan alınan zevk azalmış, her şeye karşı istekte belirgin bir azalma olmuştur (Tükel, 2017). COVID-19 gibi salgın süreçlerinde insanların günlük

yaşantılarındaki alışkanlıklarını terk etmeleri, psikolojik, sosyal, ekonomik anlamda bireyin yaşamında önemli değişikliklerin oluşması, gelir, iş ve sevilen kişiler gibi önemli şeylerin kaybedilmesi, depresyon ve stres seviyelerinde bir artışa neden olmuştur (Garfin, Thompson, & Holman, 2018). Geçmişte birçok insanın hayatını etkisi altına alan bir pandemi olan şiddetli akut solunum yolu sendromu (SARS)'nın uzun dönem etkilerinin araştırıldığı bir çalışmada, hastalığın yol açtığı psikiyatrik bozukluklar, salgın sona erdikten 3 yıl sonra %60'a yakinken, %16'sına yakınında depresyona ve dörtte bir hastada ise travma sonrası stres bozukluğuna (TSSB) rastlanmıştır (Mak, Chu, Pan, Yiu, & Chan, 2009). Aileler için yaşanan birden çok kaybın, “yas aşırı yüklenmesine” ve kişinin başa çıkma becerilerini olumsuz etkileyen bir üzüntüye neden olabilmesi; COVID-19'un bulaşıcılık özelliğinin, aileleri hayatlarının son günlerinde ölmekte olan sevdiklerine yardımcı olmaktan ve ritüel törenleri yapmaktan alıkoyması; salgın sebebiyle oluşan sosyal kısıtlamaların, ailelerin sevdiklerini hastanelerde ziyaret etmelerini yasaklayarak bireyler üzerinde suçluluk duygusu yaratması ve salgının etkisi altındaki ülkelerde cenaze törenlerinin yasaklanması ya da ölümden 6 ay sonrasına ertelenmesi gibi faktörler COVID-19 salgını nedeniyle sevilen bir kişinin kaybının deneyimlenmesi durumunun içerisinde barındırdığı travmatik özellikler arasında yer almaktadır (Lazzerini, & Putoto, 2020). Araştırmalar, sevilen bir kişinin kaybının neden olduğu suçluluk duygusunun yaşanan kayıptan 2 yıl sonra hem uzun süreli yas hem de depresif belirtilerle ilişkili olduğunu ve her iki bozukluğu da 1 yıl sonra öngördüğünü göstermiştir (Li, Tendeiro, & Stroebe, 2019).

Travma kavramı kişinin ruhsal ve bedensel varlığını tehdit eden, yaşamın normal akışını ve işlevselliğini engelleyen, korku, çaresizlik ve dehşet hislerine sebebiyet veren her türlü olay için kullanılmaktadır (Türksoy, 2003). TSSB, psikolojik travma sonrasında ortaya çıkan, davranışsal, bilişsel, bedensel ve duyuşsal belirtiler kümesi olarak tanımlanmaktadır (Stein, & Roy-Byrne, 2020). COVID-19 süreci ve pandemi ile ilgili alınan önlemler bireyleri fiziksel, sosyal, ekonomik ve psikolojik olarak olumsuz etkilemektedir. Alınan önlemler doğrudan doğruya yaşamsal değişikliklerin meydana gelmesi, bireylerde aşırı kaygı, stres, korku ve çaresizlik hislerine neden olmaktadır. Ölüm korkusu ile yüzleşmek, sevdiklerinden uzak kalmak, salgının neden olduğu hastalık sonrasında yakınlarını kaybetmek, günlük rutinlerde oluşan katı

değişiklikler gibi faktörlerin etkilerinin uzun bir süre devam ederek travmaya sebep olması beklenmektedir (Aykut, 2020). Çin’de yapılan bazı çalışmalarda, COVID-19 salgını başladıktan sonraki 1 aylık dönem içerisinde TSSB yaygınlığının %12.8, 1 ay sonra ise %22.3 olduğu bulunmuştur. Psikolojik stresin yarattığı yükün zaman içerisinde artmasıyla TSSB yaygınlık oranlarında da ciddi bir artış olmuştur (Liang ve ark., 2020). COVID-19 pandemi sürecinin bitiminde ve yeni normalleşme sürecinde de bireylerin deneyimledikleri travma kaynaklı yoğun korku ve kaygılarının devam edeceği düşünülmektedir.

Halen etkisini sürdürmekte olan COVID-19 pandemi sürecinde bireyler, gelecek hakkındaki umutlarını, özgürlük duygularını, ekonomik ve sosyal kaynaklarını ve en önemlisi de hastalık nedeniyle sevdikleri bireyleri kaybetmişlerdir. Bu pandemi sürecinde kaybın ve kayba bağlı yaşanan yas sürecinin doğası da değişmektedir. Hızla ilerlemekte olan ve yıkıcı bir hastalık sonrasında yaşanan ani ölümler, hastanede aileden uzaktayken vefat etme, aile üyelerinin yaşamın son anlarında yanında olamaması ve ölen kişiye veda edememesi, hastalıkla ilgili sürecin belirsizliği, gelecek korkusu, olağan yas ritüellerini yerine getirememe, cenaze törenlerindeki kısıtlılıklar ve ölümü kabullenme girişimleri bireylerin yoğun bir duygusal stres yaşamasına neden olmaktadır. Ayrıca, böyle bir dönemde sosyal izolasyon ve sosyoduygusal destek eksikliği maddi problemlerle baş etmekte olan ölen kişinin yakınları için bu durumun yol açtığı keder hissi çok daha fazla olabilir (Mortazavi, Shahbazi, Taban, Alimohammadi, & Shati, 2021). Bu faktörlerin tümü, yas sürecinde olan bireylerde depresyon, anksiyete, TSSB, öfke problemleri ve karmaşık yas gibi psikolojik belirtilere yol açabilmektedir (Carr, Boerner, & Moorman, 2020).

Travma sonrası ortaya çıkan psikiyatrik bozukluklara dair yapılmış çalışmalar, TSSB’nin ortaya çıkan tek ve bağımsız bir bozukluk olmadığını, sık sık başka bozukluklar ile beraber ortaya çıktığını göstermektedir (McFarlane, 1997). TSSB’ye sıklıkla eşlik eden diğer psikiyatrik bozukluklar başta majör depresyon olmak üzere, duygu durum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, madde kullanım bozukluğu, kişilik bozuklukları, somatoform bozukluklar, dissosiyatif bozukluklar, yeme bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları ve psikotik bozukluklardır (Davidson, & Foa, 1993). TSSB’nin majör depresif bozukluk ile komorbite oranı birçok araştırmada yüksek bulunmaktadır. Marmara depremi gibi travmatik bir yaşantı sonrasında

depresyözdelelerle yapılan epidemiyolojik araştırmalarda, TSSB ile depresyon arasında yüksek eş tanı oranları görölmüştür. Tural ve ark. (2001) tarafından yapılan, 1999 Marmara depremi sonrasında kronik TSSB hastaları ile ilgili çalışmada depresyon oranı %28.9 olarak bulunmuştur. Depresyon ve TSSB ile ilgili alanyazına bakıldığında iki bozukluğun da sıklıkla eş zamanlı olarak ortaya çıktığı görölmektedir. COVID-19 gibi bireyler üzerinde travmaya neden olan bir yaşam olayı, bireylerin geleceğe dair sahip oldukları umutlarını azaltabilmekte veya tamamen kaybetmesine neden olabilmekte ve kendileri ile dünyalarına dair algılarını olumsuz bir şekilde etkileyebilmektedir. Yaşadıkları dünyaya dair inançları sarsılan bireylerde yüksek bir umutsuzluk oluşmakta ve bu durum da travma belirtilerine ek olarak depresif belirtilerin de gözlemlenmesine neden olmaktadır.

Bu çalışmanın amacı COVID-19' a bağlı olarak yakınlarını kaybeden bireylerde TSSB ile depresyon düzeylerinin sosyodemografik değişkenler ile olan ilişkisinin ve TSSB ile depresyon ilişkisinin incelenmesidir. Alanyazındaki alışmalar göz önüne alındığında, COVID-19 gibi yoğun duygusal strese neden olan bir pandemi süreci içerisinde bulunan ve COVID-19'un neden olduğu travmatik bir kayıp yaşantısına bağlı yas sürecinde olan bireylerin TSSB ile depresyon düzeylerinin yüksek olması beklenmektedir. Ayrıca sosyodemografik değişkenler içerisinde yas sürecini etkileyen değişkenlerden özellikle, kayıp yaşayan bireyin cinsiyeti, yaşanılan kayıptan sonra yakın evre ile sosyalleşme imkânının ve dini inancın varlığı, kaybedilen kişinin yakınlık derecesi, ölüm şekli ve cenaze töreninin gerçekleştirilmesi gibi etkenlerin, yüksek TSSB ile yüksek depresyon seviyelerini ve TSSB ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi açıklamada önemli bir etkiye sahip olması beklenilmektedir.

Alanyazın incelendiğinde, halen içerisinde bulunduğumuz sosyal, ekonomik ve psikolojik olarak yıpratıcı olan COVID-19 pandemi sürecinde, bireylerin ruh sağlığı psikoloji alanyazında oldukça ilgi görmüş ve bu dönemde hastalık geçiren, yakınları hastalanan bireylerin ruh sağlığının nasıl etkilendiği, hangi bozukluklara daha sık rastlanıldığına dair birçok çalışma yapılmıştır fakat COVID-19' a bağlı olarak yakınlarını kaybeden bireylerin ruh sağlığı ile ilgili az sayıda çalışma bulunmaktadır (Brian, 2020; Carr ve ark., 2020; Lazzerini, & Putoto, 2020; Mortazavi ve ark., 2021; Tang, & Xiang, 2021). COVID-19' a bağlı olarak yakınlarını kaybeden bireylerde TSSB ve depresyon ilişkisini inceleyen çalışmaya ise henüz rastlanılmamıştır.

Yukarıda belirtilen araştırmanın amaçlarına bağlı olarak şu sorulara yanıt aranmaktadır:

1. COVID-19' a bağlı olarak yakın kaybı yaşayan bireyler arasında sosyodemografik değişkenler bakımından anlamlı bir farklılık var mıdır?
2. TSSB düzeyi ile depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
3. COVID-19' a bağlı olarak yakın kaybı yaşama durumunun Travmatik Stres Belirti Ölçeği'nden alınan puanlar üzerinde anlamlı bir etkisi var mıdır?
4. COVID-19' a bağlı olarak yakın kaybı yaşama durumunun Beck Depresyon Ölçeği'nden alınan puanlar üzerinde anlamlı bir etkisi var mıdır?
5. TSSB belirtileri gösteren katılımcılarda TSSB belirtileri ile depresyon belirtileri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki var mıdır?
6. Depresyon belirtileri gösteren katılımcılarda depresyon belirtileri ile TSSB belirtileri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki var mıdır?

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Salgın Hastalık Kavramı

Hastalık oluşturan bir enfeksiyon faktörünün enfeksiyona duyarlı bir canlıya doğrudan ya da dolaylı olarak geçmesi şeklinde oluşan bulaşıcı hastalıkların, canlılar arasında hızlı bir şekilde yayılarak çok sayıda canlı üzerinde hastalık oluşturma durumu “salgın hastalık” olarak tanımlanmaktadır. Bir hastalığın belirli bir zaman aralığında çok sayıda görülmesi durumuna “salgın (epidemi)”, kıta ve kıtaları etkileyen büyük salgınlar şeklinde görülmesi durumuna ise “pandemi” denilmektedir (Arık, 1991). Salgın şeklinde yayılım gösteren hastalıklar genellikle tipik bir ilerleme göstermektedirler. Bu tipik ilerleme sürecinde hastalık sağlıklı kişilere çok kısa bir süre içerisinde bulaşarak yayılır, hızlı ve şiddetli bir ilerleme gösterir, hastalığa yakalanan canlılar kısa bir süre içerisinde hayatını kaybedebilir ya da iyileşebilirler. Hastalık ile enfekte olan canlılar ise hastalığa karşı uzun süreli bir bağışıklık kazanmış olurlar.

Biyolojik kökenleri insanlık tarihinden daha eskiye dayanmakta olan mikroorganizmalar, insanların algıladıklarından farklı olarak kendiliğinden ortaya çıkmazlar, genellikle doğadaki büyük felaketler sonucunda salgın hastalık olarak ortaya çıkarlar. Çevre kirliliği, depremler, seller, iklim değişiklikleri, yangınlar, insanların kurmuş olduğu fabrikaların atıkları, savaşlar, kıtlık, kontrolsüz nüfus artışı gibi durumlar salgın hastalıkları harekete geçirmektedirler. Salgın hastalıklar, insanlık tarihinde birçok olumsuz etkiye neden olmuştur. Geçmişten günümüze kadar varlığını sürdüren salgınlar, insan topluluklarını yok etmiş, toplumsal ilişkileri, inançları ve ruh sağlığını etkilemiş, yaşam stillerini değiştirmiş ve halen değiştirmeye devam etmektedirler (Bingöl, 2020).

2.1.2. COVID-19 Salgını

COVID-19, Çin’de ilk vakanın görülmesinden sonra kısa bir süre sonra tüm dünyada pandemik bir salgın haline gelmiştir. Dünya çapında toplam tanı sayısı 534.143.001 iken ölüm sayısı 6.317.570’tir (Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Dijital Dönüşüm Ofisi, 2022). Salgının başlaması ile birlikte tüm dünyada insanların hayatları hızlı bir şekilde değişime uğramaya başlamıştır. İlk vakanın görülmesinin ardından okullar tatil ilan edilmiş, çalışma alanları kapatılmaya başlanılmış, spor karşılaşmalarına ara verilmiş ve sokağa çıkma kısıtlamaları ile birlikte insanlar zorunlu durumlar dışında evlerinden dışarıya çıkmamaya başlamışlardır. Bu durum öncelikle bireysel zorluklar ve ailesel zorlukları ortaya çıkarmış ve tüm bu zorluklar sonucunda da toplum bazlı büyük zorluklar ortaya çıkmaya başlamıştır. Salgın sosyal, ekonomik, çevresel olarak ve eğitim bazlı olarak birçok problemin yaşanmasına neden olmuştur. Tüm bu faktörlerin bir araya gelerek bireyleri olumsuz bir şekilde etkilemesi ise bireylerin ruh sağlığı üzerinde de yıkıcı etkilerin yaşanmasına neden olmuştur.

2.1.5. COVID-19 ve Ruh Sağlığı

COVID-19 tüm dünyayı etkisi altına alan küresel bir sorun olarak karşımıza çıkmış ve hem bireysel hem de toplumsal hayatımız üzerinde pek çok değişikliğe sebep olmuştur. COVID-19 gibi bulaşıcı hastalıkların neden olduğu pandemiler, psikolojik sıkıntı ve ruhsal hastalık belirtileri ile ilişkilidir (Bao, Sun, Meng, Shi, & Lu, 2020). Etkilerini halen sürdürmekte olan pandemi süreci tüm insanlığın büyük bir endişeye kapılmasına neden olmuştur. Salgının nasıl başladığı, nasıl bulaştığı, nasıl bir klinik seyir izlediği, enfekte olan kişinin nasıl bir karantina süreci içerisine girdiği ve hastalığın ölümle sonuçlanıp sonuçlanmaması gibi durumlar insanlar üzerinde belirsizlik duyguları yaratmış ve beraberinde panik ortamını getirmiştir. Taştan (2020)’ a göre belirsizlik durumu; mantıksız kararlar alma, sosyal medyanın sık kullanımının artması ile yanlış bilgiler edinip bu bilgileri paylaşma, endişe hissinde artış gibi psikolojik ve davranışsal olarak uygun olmayan sonuçlara neden olabilmektedir. Uzun bir süre boyunca yoğun bir şekilde bu duygulara maruz kalan insanlar psikolojik olarak olumsuz etkilenmiş ve beraberinde depresyon, anksiyete, obsesif-kompulsif bozukluk gibi psikolojik bozukluklar yaşamaya başlamıştır. Zihinsel, duygusal ve fiziksel sağlığımız için diğerleriyle ilişki içerisinde olmak ve

sosyal ortamlarda bulunmak çok önemlidir. Dezavantajlı gruplar, yalnız yaşayanlar ve sosyal ilişkileri zayıf bireyler, diğerlerine göre daha düşük iyilik hâlindeyken (House, Umberson, & Landis, 1988), insanlar arası iletişimin güçlü olduğu toplumlarda ölüm oranlarının daha düşük olduğu ve daha sağlıklı bir yaşama sahip oldukları bilinmektedir (Kawachi, & Kennedy 1997). COVID-19 salgını ile birlikte insanların diğer kişiler ile olan sosyal yaşantısı olumsuz etkilenmiş ve pek çok sosyal ortam yerini çevrimiçi platformlara bırakmıştır. Yaşanılan izolasyon ve sokağa çıkma kısıtlamaları ile birlikte insanlar evlerinde tekdüze bir şekilde çok uzun zaman geçirmeye başlamış ve ailedeki diğer bireyler ile dar alanları paylaşmak zorunda kalmışlardır. Bunların sonucunda da insanlar yalnızlık duygusu ile baş etmek durumunda kalmış ve psikolojik olarak olumsuz etkilenmişlerdir. Ayrıca, karantina sürecinin sağlık anksiyetesi ve ekonomik kaygıları arttırdığı bilinmektedir. Yapılan çalışmalar; karantina sürecinde gelir düzeyinin; yalnızlık, sağlık kaygısı ve ekonomik kaygı ile negatif; algılanan sosyal destek ile pozitif ilişkili olduğunu göstermiştir (Tull ve ark., 2020). Bu bulgular da salgın sürecinde düşük gelirli bireylerin salgının yarattığı sorunlardan ruhsal olarak daha fazla etkileneceğini düşündürmektedir.

Pandemi sürecinin bireyler üzerinde yarattığı tüm bu zorluklara en önemlisi olarak sevdiklerinin kaybı gibi durumlar da eklenebilmektedir. COVID-19 virüsü nedeniyle sevdiklerini kaybeden bireyler, pandemi sürecinin yarattığı zorluklar içerisinde yaslarını tam olarak yaşayamamakta ve başetmesi zaten zor olan kayıp yaşantısı ile mücadele ederken gerekli destek kaynaklarından yararlanamamaktadırlar. Tüm bu etkenler de, olağan yas sürecinin bozulmasına ve uzamış yas bozukluğu, depresyon, anksiyete, TSSB gibi ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir.

2.1.6. COVID-19 Salgınında Başa Çıkma: Sosyal Destek ve Dini İnanç

Baş çıkma olarak adlandırılan durum, stres verici olaylarla mücadele etme amacı ile gerçekleştirilen davranışsal, duygusal ve bilişsel çabalar bütünü olarak ifade edilebilmektedir (Lazarus, & Folkman, 1984). İnsanların sahip olduğu sosyal ilişkiler, stres yaratan durumlara karşı koruyucu bir tampon görevi görebilmektedir. Bireyler yaşadıkları travmaya karşı sosyal destek ve savunma mekanizmalarını kullanarak strese adapte olmaya çalışırlar. Günümüzde halen etkisini sürdürmekte olan COVID-19 pandemi sürecinin belirsizliği, tedavi yönteminin tam olarak bulunmuş olmaması,

Üretilen aşıların koruyucu etkisi hakkındaki toplumda oluşan belirsizlikler, aşılara karşı toplumda fikir birliğinin oluşamaması ve toplumda yaşanan zıtlasmlar, virüsün sürekli olarak mutasyona uğraması, hastalığın bulaşma hızı, ölüm oranlarının fazla olması, toplumdaki köklü yaşantı değişiklikleri, sosyal ilişkilerin azalması ve ortam değiştirmesi, virüs ile enfekte olan ya da buna bağlı kayıp yaşayan kişilerin damgalanması, evde uzun süre kalma sonucunda aile içinde şiddetin artması, madde kullanımında yaşanılan artışlar, izolasyon sürecinin yarattığı işsizlik oranlarının artması gibi sebepler bireyler ve toplum üzerinde endişeye ve travmatik etkiye sebep olabilmektedir. COVID-19 sürecinde insanlar birçok farklı kayıp yaşamaktadır. Bu kayıplar arasında özgürlük, iş, sosyalleşme ve en önemlisi de sevilen kişilerin kaybedilmesi yer almaktadır (Nytanga, 2020). Toplumsal bir travma olarak da isimlendirilebilen COVID-19 salgını esnasında, yakınlarını kaybeden bireyler hem beklenmedik bir zamanda sevdiği bir kişinin ölümü ile mücadele etmek zorunda kalmakta hem de salgının yarattığı hayati zorluklar ile başa çıkmak zorunda kalmaktadır (Savaş, 2020). Örneğin, SARS salgını esnasında uygun sosyal destek ve doğru başa çıkma mekanizmalarını kullanan bireylerde psikolojik rahatsızlıkların azaldığı bulunmuştur. Ancak bulaş riski sebebiyle insanlar sosyal destek sağlayabileceği kişilerden ve ortamlardan uzak kalmaktadırlar. COVID-19 döneminde yakınlarını kaybeden bireyler sahip oldukları kültürel geleneklerine göre cenaze töreni yapamamakta ve sosyal izolasyon nedeniyle taziye geleneğine uygun bir şekilde evlerinde misafirlerini ağırlayamamaktadırlar. Tüm bunlar sonucunda insanlar gerekli sosyal destek kaynağına ulaşamamakta ve yas süreçleri olumsuz bir şekilde etkilenebilmektedir. COVID-19 sürecinin ani olarak gelişmesi ve bu sürecin kendine özgü özelliklerinin olması dolayısıyla bu süreçte yaşanılan yas süreçlerinin de farklı özellikler taşıyabileceği araştırmalar ile ortaya konulmuştur (elik, 2020). Olağan bir şekilde yaşanılamayan yas süreci de TSSB, depresyon ve diğer ruhsal bozukluklar açısından risk oluşurmaktadır (Ghebreyesus, 2020). İnsanların genetik özellikleri, fiziksel yapıları, sosyal kaynakları, iletişim becerileri farklılık göstermekte ve her bireyin karşılaştığı zorluklara karşı verdiği tepki ve baş etme becerileri de birbirinden farklı olabilmektedir (Bolu, Erdem, & Öznur, 2014). Psikolojik dayanıklılık düzeyi yüksek olan, mizaç ve kişilik özellikleri bakımından güçlü olan bireylerde travma sonrası stres gibi ruhsal bozukluklar daha nadir görülürken; sosyal kaynakları az olan,

iletiřim becerileri zayıf olan ve psikolojik dayanıklılık düzeyi dūřuk olan bireylerde ise ruhsal bozukluklar daha fazla olabilmekte ve etkisini daha derin hissettirebilmektedir (Sakarya, & Gūneř, 2013). COVID-19 pandemi sūrecinde ve yeni yařanılan normalleřme sūrecinde bireylerin yařadıkları stres, endiře duygularının ve travmatik deneyimlerinin uzun bir sūre etkisini devam ettirmesi beklenmektedir. Tūm bunlar sonucunda da TSSB ve depresyon gibi ruhsal bozuklukların da bireyler ūzerinde etkisini gōsterebileceęi dūřūnūlmektedir.

Dini bařa çıkma olarak isimlendirilen durum ise, bireylerin stres verici bir durum ile mūcadele ederken sahip olunan dini inançlardan ve dini faktōrlerden yararlanılması olarak ifade edilebilmektedir (Hōkelekli, 2013). Din, stres verici yaşam olaylarının bireyler ūzerinde oluşturduğu olumsuz etkileri ūnlemede veya azaltmada olumlu bir bař etme mekanizması olarak gōrūlmektedir (Koenig, Pargament, & Nielsen, 1998). COVID-19 pandemi dōneminde, Bentzen (2020) tarafından pandeminin ortaya çıkmasının hemen ardından, Google'da "dua" için yapılan aramaların sayısının, dua ile ilgili 5 yıl içerisinde toplam yapılmış aramaların sayısınınca bir rekora ulaştığı belirtilmiştir. Ayrıca bōyle bir pandemi dōneminde insanlar birçok farklı kayıp yaşamaktadırlar. Bunlar içerisinde en ūnemlisi de sevdikleri kişilerin kaybedilmesidir. Yapılan araştırmalarda, sevilen bir kişinin kaybedilmesi gibi gū durumlarda insanların birçoğunun dini inançlarından daha fazla destek almaya çalıştığı bulunmuştur (Kula, 2002). Sevilen bir kişinin ani bir şekilde kaybedilmesi gibi durumlarda, insanların sahip oldukları dini inançların olumlu duyguları arttırdığına rastlanılmıştır (Sami, Toprak, & Gōkmen, 2020).

Yaşanılan kayıp ile birlikte bireylerin hayatında olumsuz birçok değişiklik meydana geldiği gibi olumlu değişiklikler de gōzlenebilmektedir. Alanyazın incelendiğinde, bireylerin travma sonrasında yaşanan hayatın anlamında bir artış, benlik algısında ve manevi anlamda olumlu bir değişim, sosyal ilişkilerde ūzenli davranma gibi yaşadığı olumlu değişiklikler ‘‘travma sonrası būyūme’’ ve ‘‘travma sonrası gelişim’’ olarak ifade edilmektedir (Tedeschi, & Calhoun, 2004). Sami ve ark. (2020) tarafından yapılan araştırmaya gōre, COVID-19’ a bağlı olarak yakınlarını kaybeden katılımcıların būyūk bir çoğunluğunun yaşamın değerini ve sağlığın ūnemini daha iyi anladıklarını ifade ettiği bulunmuştur. Bu tarz travmatik yaşantılar bireylerin hayatında olumsuz değişiklikler de meydana getirebilmektedir (Tedeschi, & Calhoun, 1996).

TSSB olarak adlandırılan bu durum, bireyde yaşamın anlamsız olduğu, faaliyetlerinin onun için bir anlam ifade etmediği hissini ve korku, endişe, stres gibi duyguları ortaya çıkarabilmektedir (Tedeschi, & Colhaun, 1999). Tüm bunların yanında, sevilen bir kişinin kaybedilmesi kişide muhakkak olumlu ya da olumsuz yönde herhangi bir değişim de meydana getirmeyebilir (Sami ve ark., 2020).

Sonuç olarak, yaşanan kayıp sonrası gerçekleşen tüm bu olumlu veya olumsuz değişikliklerin ortaya çıkmasında bireylerin sahip olduğu sosyal desteğin ve olumlu dini baş etme stratejilerinin travma sonrası büyümeyi ortaya çıkardığını (Doğan, 2018), olumsuz dini baş etme stratejilerinin ise travma sonrası stres belirtilerine sebep olabileceğini göstermektedir (Yapıcı, 2007).

2.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Travma kavramı kişinin ruhsal ve bedensel varlığını tehdit eden, yaşamın normal akışını ve işlevselliğini engelleyen, korku, çaresizlik ve dehşet hislerine sebebiyet veren her türlü olay için kullanılmaktadır (Türksoy, 2003). Tıp alanında travma kavramı, bedensel ve ruhsal travmalar olarak iki farklı anlamda kullanılmaktadır (Baysak, 2010). Psikolojik Travma; kişinin güçsüzlüğüyle yüzleşmesi durumudur. Travmatik olay bağlantı kurma, anlamlandırma ve denetleme duyumlarını sağlayan var olan baş etme mekanizmalarını kullanılamaz hale getirir. Travmayı olağandışı yapan özelliği kişinin uyumlu baş etme mekanizmalarını kullanmasını engelleyecek kadar şiddetli bir durum olmasıdır. Travmatik olayı olağan olumsuz diğer olaylardan ayıran en önemli özelliği ise kişinin beden bütünlüğüne ya da yaşamına yönelik bir tehdit, şiddet ya da ölüm tehlikesi ile karşılaşmasıdır (Türksoy, 2001).

Travma kavramının psikolojik olarak değerlendirilmeye alınması klinisyenler için önem arz etmektedir. Travma kavramı da zamanla birçok değişikliğe uğramış ve mental bozuklukların tanısal ve sayımsal el kitabı birinci baskısı (DSM-I)'nden güncel olarak kullanılmakta olan beşinci baskısına kadar geçen zaman içerisinde birey merkezli yaklaşım sayesinde her bireyin kendi durumu içerisinde değerlendirilmesi sağlanmıştır. DSM-V' e göre travma, gerçek ya da korkutucu bir şekilde ölümle veya ağır yaralanmayla karşılaşmış olma ya da cinsel saldırıya uğramış olma durumu olarak tanımlanmaktadır (Serinçay ve ark., 2021). Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından

yayınlanan DSM-V’te travmalar üç ana başlık altında belirtilmiştir. Bu başlıklardan birincisi, insanlar tarafından kasıtlı yapılanlar (savaş, terör, tecavüz vb.), ikincisi, insanlar tarafından kaza sonucu meydana gelenler (yangın, trafik kazası vb.), üçüncüsü ise, doğal afetler/olaylar (deprem, sel vb.) olarak ele alınmıştır (APA, 2013). TSSB, psikolojik travma sonrasında ortaya çıkan, davranışsal, bilişsel, bedensel ve duyuşsal semptomlar bütünü olarak tanımlanmaktadır (Stein, & Roy-Byrne, 2021).

2.2.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Klinik Belirtileri

DSM-V’ e göre, TSSB oluşmasının ölçütleri, çaresizlik hissi, yoğun bir korku ya da terör (çocuklarda düzensiz davranışlar ve ajitasyon) içeren travmatik bir yaşantıya maruz kalmaktır. TSSB’nin temel karakteristik özellikleri, 1 aydan fazla süren devam etmekte olan travmatik olayın sürekli olarak yeniden yaşanıyor gibi olması, artan aşırı uyarılmışlık hali, travma ile ilgili uyarılardan sürekli kaçınma ve genelde tüm uyarıcılara karşı tepkisizleşme durumunun kalıcı belirtiler oluşturmalarıdır (APA, 2013). TSSB’nin ortaya çıkmasında travmanın şiddeti, bireyin daha önce yaşadığı travmatik olaylar, birey için travmatik durumun öznel anlamı ve travma sonrasında içerisinde yaşadığı koşullar belirleyici faktörler olmaktadır (Özgen, & Aydın, 1999).

DSM-V’ e göre TSSB semptomları genel olarak şu 4 başlık altında toplanabilir:

1) Artan Uyarılmışlık Düzeyi:

Travmatik bir yaşantı deneyimleyen kişiler kendilerini tetikte, diken üzerinde hissedebilmektedirler. Tehlikelere karşı dikkat kesilmiş durumdadırlar ve tehlikelerin gerçekleşme ihtimaline karşı abartılı tedbirler alabilmektedirler. Stres karşısında ortaya çıkan uyarılmışlık durumu TSSB’ de artmış düzeyde görülebilmektedir. Aşırı uyarılmışlık; uyku düzensizlikleri, irritabilite ya da sinirlilik, konsantrasyon güçlüğü, hipervijilans ve irkilme yanıtında artış belirtilerinden oluşmaktadır (Özgen, & Aydın, 1999).

2) Travmatik Olayın Tekrar Tekrar Yaşanılması:

Travmatik bir olay yaşayan kişilerde bu olayla ilgili yaşantıların sürekli akla gelmesi sık rastlanan bir durumdur. Olayla ilgili görüntüler veya sesler kişinin istemi olmadan veya bu olayı aklına getirecek bir şey yaşamamasına rağmen aklına gelebilmektedir. Bu yaşantının zihne gelmesi düşlemler; düşler, düşünceler ya da

algılar şeklinde gözlemlenebileceği gibi, dissosiyatif geri dönüş yaşantıları halinde de gözlemlenebilmektedir. Dissosiyatif geri dönüşler bilinçle ilgili bir sorun olmaksızın travmatik olayın yeniden deneyimlenmesi durumudur ve yaklaşık olarak %8-13 oranında gözlemlenmektedir (Burstein, 1985).

3) Kaçınma:

Kaçınma, kişinin dış dünya ile ilişkisindeki yordanamayan duygusal sınırlılıklar, gerginlik nedeni ile savunma tepkisi veya dış dünyaya katılımın olmaması sonucu uzaklaşma durumunun yaşanması şeklinde ortaya çıkmaktadır (Özgen, & Aydın, 1999). Kaçınma durumunda kişiler, travmatik olayı hatırlatan yerlerden, duygu ve durumlardan uzak durmaya çalışır çünkü olayı hatırlatan durumlar, yerler, kişiler kişide büyük bir sıkıntı, korku ve kaygı gibi hislere neden olmaktadır. Kaçınma tepkisi, kişiyi travmatik olayın etkisinden korumak için verilen bir yanıt olarak ortaya çıkmaktadır. Bu durum, ilgi azalması, yabancılaşma hissi, duygulanımda kısıtlılık ve olumsuz bir gelecek beklentisine neden olabilir (Plumb, Orsillo, & Luterek, 2004).

4) Olumsuz Biliş ve Ruh Hali:

Süreklilik gösteren olumsuz duygusal durum, olumlu duygular deneyimleyememe, kendisi, diğer kişiler ya da dünya ile ilgili olarak sürekli ve abartılı olumsuz inanışlar bu belirti kümesi içerisinde yaygın bir şekilde görülmektedir (APA, 2013).

Southwick ve ark. (1995) tarafından çöl fırtınasında mahsur kalmış gaziler ile yapılan 2 yıllık bir izlem değerlendirmesi çalışmasında, travmatik olay deneyimlendikten sonra 1. Ay sonunda irritabilite (%18), uyku bozukluğu (%16), irkilme (%27), 6. Aydan itibaren ; uyku bozukluğu (%21), travmatik olayın tekrar tekrar deneyimlenmesi (%31), irkilme (%27), irritabilite (%40), odaklanmada azalma (%21), 2. yılda ise; uyku bozukluğu (%26), travmatik olayın tekrar tekrar deneyimlenmesi (%31), irkilme (%26), irritabilite (%24) olarak bulunmuştur.

2.2.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Etiyolojisi

TSSB'nin nedenleri arasında birçok farklı etmenin yer aldığı düşünülmektedir. Stresörler, TSSB'nu ortaya çıkaran temel faktör olmasına rağmen aynı travma türüne maruz kalan farklı bireylerin hepsinde TSSB gözlemlenmeyebilir. Stres kaynağının hasta için bireysel olarak ne anlama geldiği TSSB geliştirilmesini etkileyen çok önemli

bir durumdur. Çeşitli psikolojik, ailesel, sosyal, etnik-kültürel, biyolojik faktörlerin bozukluğun nedenleri üzerinde rolü bulunmaktadır (Özgen, & Aydın, 1999).

DSM- V'e göre, TSSB geliştirilmesine sebep olacak etmenler, gerçek veya göz korkutucu bir şekilde ölüme tanıklık etme, ağır biçimde yaralanma ya da cinsel saldırıya uğramış olma, doğrudan bir olay yaşama veya başkalarının yaşadığı olaylara tanıklık etme, bir yakınının başına bu tür bir olayın geldiğini öğrenme veya medya yolu hariç travmatik olayların rahatsız edici ayrıntılarıyla yineleyici biçimde ya da aşırı yoğun bir düzeyde karşı karşıya kalma gibi durumları içermektedir. Bazı durumlarda da çoğu insan için sıradan gibi gözüken olaylar, bazı insanlar için öznel bir anlam taşıdığı için TSSB'ye neden olabilmektedir. TSSB'nin gelişme ihtimalini, stresörün şiddetini arttıran ve kişinin yatkınlığı olduğunu gösteren faktörler belirlemektedir. Stresörün şiddetini artıran faktörler, birey için durumun öznel bir anlam ifade etmesi, stresöre maruz kalma süresinin uzaması ve stresör ile karşılaşmanın ani olması, katastrofik olması, insan eliyle meydana getirilmiş olması, ölüm tehdidi içermesi, insanlık dışı (vahşet verici) bir olay olması, fiziksel yaralanma içermesi, kişide suçluluk duygusu ve köşeye sıkışmışlık hissi yaratmasıdır (Özgen, & Aydın, 1999). Kişinin yatkınlığı olduğunu gösteren faktörler ise bireysel, organik ve psikolojik olarak alt başlıklara ayrılmaktadır.

2.2.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Epidemiyolojisi

TSSB'nin yaşam boyu yaygınlığı toplumun %8'i olarak tahmin edilmektedir. Bununla beraber %5-15 alt klinik formlarının ortaya çıkabildiği belirtilmiştir (Davidson, 1995). TSSB'nin yaygın olarak gözlemlendiği kişilere bakıldığında bu kişilerin genellikle bekar, boşanmış, eşini kaybetmiş, genç yetişkin, sosyal destekten yoksun, düşük ekonomik düzeye sahip oldukları gözlemlenmekte ve 10 yaşından önce aileden ayrılma, psikiyatrik rahatsızlıklara yatkınlık gibi faktörlerin de TSSB geliştirme riskini artırdığı düşünülmektedir (Özgen, & Aydın, 1999). TSSB geliştirme ihtimali bakımından cinsiyetler arasında bir farklılık olduğu da bilinmektedir (Gilbar, Weinberg, & Gil, 2012). Travmatik bir olay deneyimledikten sonra yapılan bir çalışmada, kadınların erkeklere göre daha fazla TSSB geliştirmekte olduğu ve TSSB'nin kronik bir hal almasında da yine kadınların erkeklere göre daha fazla risk altında olduğu bulunmuştur (Galovski, & Lyons, 2004; Haden ve ark., 2007).

Kadınlar tarafından genellikle cinsel veya fiziksel saldırıların travmatik olay olarak deneyimlendiği, erkeklerin ise genellikle trafik kazalarını travmatik olay olarak deneyimlediği gözlemlenmektedir. Kadınların yakın bir tanıdığını kaza nedeniyle kaybetmesi ya da ağır bir şekilde yaralandığının haberini alması, kazayı kendisinin deneyimlemesi benzer deneyime sahip olan erkeklere kıyasla TSSB geliştirme ihtimalini daha çok artırmaktadır ancak trafik kazasından etkilenme oranları ise kadınlarda ve erkeklerde benzerlik göstermektedir (Breslau, Davis, Andreski, Peterson, 1991).

2.3.4. COVID-19 ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu İlişkisi

Travma kavramı bireylerin fizyolojik ve psikolojik oluşumunu tehdit eden, sarsıntıya uğratan hayatın normal sirkülasyonunu kesintiye uğratan korku, kaygı, çaresizlik gibi hisler yaratan her türlü yaşantı için kullanılmaktadır (Türksoy, 2003). COVID-19 gibi tedavisi ya da aşısı henüz bilinmeyen, büyük bir belirsizlik içeren, tüm dünyayı etkisi altına alan pandemi hali, bireysel ya da toplumsal düzeyde travmatik bir deneyim olarak tanımlanabilmektedir. Salgının ilk zamanlarında, toplum üzerindeki tehdidini giderek artırması, sosyal izolasyon, karantina ortamı, seyahat yasakları, medyanın doğruluğu kesin olmayan bilgi yüklemesi ve temel ihtiyaç maddelerinin hızlıca tükeniyor olması toplum bazlı küresel bir endişeye sebep olmuştur (Wang ve ark., 2020). Özellikle yaşlıların ve kronik rahatsızlığı olan kişilerin korunması için alınan karantina tedbirleri toplumun psikososyal yaşantısını bozarak korku, kaygı gibi duyguları artırmakta ve benzeri zihinsel problemleri yordamaktadır (Shuja, Aqeel, Jaffar, & Ahmed, 2020).

2003 SARS ve 2014 Ebola gibi salgın hastalıklar sürecinde ve sonrasında yapılan çalışmalar, toplum arasında yaygın bir endişe yaratan aşırı bir tepki davranışı olduğunu vurgulamıştır. Bununla birlikte, salgın bitiminde sağ kalan bireylerde ve sağlık personellerinde TSSB, depresyon ve anksiyete gibi psikolojik rahatsızlıklara rastlandığı bildirilmiştir (Shuja ve ark., 2020). COVID-19 salgını, bir yandan kendimiz ve sevdiklerimize bulaş ve ölüm riski olarak doğrudan bir tehdit oluştururken, uyku bozuklukları, psikolojik bozukluklar ve duygudurum bozuklukları gibi dolaylı sonuçlar ile de ilişkilidir (Forte, Favieri, Tambelli, & Casagrande, 2021). Çin’de yapılan bazı çalışmalarda, COVID-19 salgını başladıktan sonraki 1 aylık dönem

içerisinde TSSB yaygınlığının %12.8, 1 ay sonra ise %22.3 olduğu bulunmuştur. Psikolojik stresin yarattığı yükün zaman içerisinde artmasıyla TSSB yaygınlık oranlarında da ciddi bir artış olmaktadır (Liang ve ark., 2020).

COVID-19 gibi bireysel ve toplumsal açıdan önemli riskleri ve sonuçları olan bir salgının ruh sağlığı üzerinde ciddi etkilerinin olması öngörülmektedir. Salgının ilk ortaya çıktığı ülke olan Çin’de Çin Ulusal Sağlık Komisyonu psikiyatristlerden oluşan ekiplerle COVID-19 salgınının toplum üzerinde yarattığı psikososyal sonuçları azaltmak amacı ile acil psikososyal afet müdahaleleri için yönergeler içeren bir bildirim yayınlamıştır. Bununla birlikte ruh sağlığı uzmanlarını, COVID-19’un yarattığı sonuçları anlamak ve COVID-19 ile enfekte olan hastalara, ailelere ve topluma önemli bir risk oluşturan bu hastalıkla etkili bir şekilde başa çıkmada yardımcı olmaları için görevlendirmiştir (Shuja ve ark., 2020). Tüm bunlar da böyle büyük bir salgının toplumun bedensel sağlığını tehdit ettiği kadar ruhsal sağlığını da tehdit altına aldığını göstermektedir.

2.3. Depresyon Kavramı

Duygudurum, kişinin içsel olarak deneyimlediği, dünyayı ve çevresini anlamlandırdığı ve davranışlarını şekillendirdiği süregelen bir duygu tonudur. Depresyon da bir duygudurum bozukluğudur. Duygulanım ise duygudurumun dışarıdan gözlemlenebilir halidir. Duygudurum normal, yükselmiş ya da çökkün olabilmektedir. Depresyonda duygudurum çökkün bir halde seyretmektedir. Hipokrat depresyon durumunu tanımlamak için “melankoli (siyah safra)” terimini kullanmıştır. 1854 yılında ise Fransız psikiyatristler tarafından depresyonun döngülü bir şekilde olabileceği “folie circulaire” terimi ile ortaya konulmuştur (Karamustafalıoğlu, & Yumrukçal, 2011). Sonraki yıllarda DSM ile birlikte tetikleyicilerin olup olmamasına göre depresyonu sınıflandırma girişimleri ortaya çıkmaya başlamıştır ve DSM-III (1980), ile birlikte semptom kümelerinin varlığına göre tanı koyulma durumu ortaya çıkmıştır. Tetikleyicilerin varlığının, tedavinin gidişatını ya da tedaviden alınan yanıtı değiştirdiği net bir şekilde kanıtlanamadığından dolayı, belirli tanı ölçütlerinin doldurulması ile tetikleyici varlığından bağımsız olarak depresyon tanısı koyulabilmektedir (Akıskal, 2005).

2.3.1. Depresyon Türleri

DSM-V' e göre, depresif bozukluklar arasında yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğu, majör depresif bozukluk, kalıcı depresif bozukluk (distimi), adet öncesi disforik bozukluk, madde/ilaç kaynaklı depresif bozukluk, başka bir tıbbi duruma bağlı depresif bozukluk, diğer tanımlanmış depresif bozukluk ve tanımlanmamış depresif bozukluk yer almaktadır (APA, 2013). Bu kategorideki tüm bozuklukların ortak özelliği, bireyin işlevsellik kapasitesini düşüren bedensel ve bilişsel değişiklikler ile beraber görülen üzgün, huzursuz ruh halinin varlığı olmaktadır. Etiyoloji, süre, zamanlama gibi faktörler açısından birbirlerinden farklılaşmaktadırlar.

2.3.2. Majör Depresif Bozukluk Belirtileri ve Bulguları

Majör depresif bozukluk, toplumun her kesiminde oldukça sık görülen, kronik ve tekrarlayıcı bir özellik gösteren ve tüm nüfusu etkisi altına alabilen yaygın bir psikiyatrik bozukluktur. Tedavi edilmediği takdirde, genel sağlık durumunda bozulmalar, çeşitli fiziksel bozukluklar, intihardan kaynaklanan erken ölümler gibi sorunlara yol açabilmektedir ancak erken ve doğru teşhis ile tedavi sayesinde hastaların yaşam kalitesini artırmaya yönelik gerekli önlemler alınabilmekte ve tedaviler yapılabilmektedir. (Kumar, Srivastava, Paswan, & Dutta 2012; Kessler, 2012; Kessler, & Bromet, 2013; Çelik, & Hocaoglu, 2016). Majör depresyon için iki temel duygu durum belirtisi tanımlanmaktadır bunlar, ilgisizlik ve depresif ruh halidir. Bu bozukluğa sahip birey kendisini üzüntülü, kederli, sıkıntılı ve her an ağlayacakmış gibi hissetmektedir. Kişi için hayatın anlamı yitirilmiş ve hayattan alınan zevk azalmış; tamamen bir boşluk hissi içerisinde, her şeye karşı istekte belirgin bir azalma olmuştur. Bu durumlara ek olarak gözlemlenebilecek diğer yedi belirti şu şekilde sıralanabilir: (Tükel, 2017).

1. İştah ya da kiloda artma ya da azalma
2. Uyumakta zorlanma ya da aşırı uyuma
3. Psikomotor ajitasyon (huzursuzluk, kıpır kıpır olma durumu) ya da psikomotor retardasyon (hareketlerin yavaşlaması, azalması, durgun ve suskun olma durumu)
4. Enerji düşüklüğü, yorgunluk

5. Değersizlik ve uygun olmayan suçluluk hisleri
6. Odaklanma sorunları (dikkati toparlayamama), karar vermede güçlük
7. Yineleyici ölüm ve intihar düşünceleri, intihar planı ya da girişimleri.

2.3.3. Majör Depresif Bozukluğun Etiyolojisi

Depresif bozukluğun etiyolojisinde etkili olan faktörler biyolojik, genetik ve psikososyal faktörler olarak üçe ayrılabilir.

2.3.3.1. Biyolojik Faktörler:

2.3.3.1.1. Genetik Faktörler

Majör Depresif Bozuklukta genler ile ilgili yapılan çalışmalarda, depresyondan sorumlu direkt bir gen bulunmadığı fakat MDB’ da birden fazla genin farklı oranlarda etkisinin bulunabileceği bildirilmektedir (Wurtman, 2005). Depresyonun etiyolojisinde genetik faktörlerin etkisi olduğu bilinmektedir. Joska, & Stein (2008) tarafından yapılan bir ikiz çalışmasında, tek yumurta ikizlerinde tekrarlayıcı majör depresyon oranının yaklaşık olarak %37 olduğu bildirilmiştir. Genetik yapı, stres verici yaşam olayları ve çevresel faktörler ile bütünleştğinde majör depresif bozukluğun ortaya çıkma ihtimalini artırdığı düşünülmektedir (Uzuner, & Akman, 2017).

2.3.3.1.2. Biyokimyasal Faktörler (Nörotransmitterler)

Depresyonun oluşumunda nörotransmitterlerle ilgili işlevsel bozuklukların önemli bir rolü bulunmaktadır. Depresyonda görülen bunlarla ilgili işlevsel bozukluklar beyin işlevlerinde ortaya çıkan değişikliklerden etkilenererek ortaya çıkabilir ya da depresyon kendi başına bu değişimlerin oluşumunu açıklıyor da olabilir. (Çelik, & Hocaoglu, 2016). Ancak genel fikir birliği nörotransmitter sistemleri arasındaki dengenin bozulduğu yönündedir. Bu durumun da hücresele seviyede patolojiye ve depresyonun oluşmasına sebep olduğu düşünülmektedir (Işık, Işık, & Taner, 2013). Beyindeki 3 temel nörotransmitterin (norepinefrin, serotonin, dopamin) majör depresif bozukluk ile ilgili olduğu ve bu nörotransmitter düzeylerinin depresyonda azaldığı bilinmektedir (Nutt, 2008; Uzuner, & Akman, 2017).

2.3.3.1.3. Nöroendokrin Faktörler

Hormonlar psikiyatrik bozuklukların etiyolojisinde önemli bir role sahiptir (Tofoli, Baes, Martins, & Juruena, 2011). Psikolojik açıdan hormonlar 3 temel öneme sahiptir. Birincisi, bazı peptid hormonlar klasik nörotransmitterlere benzer şekilde çalışmaktadırlar. İkincisi, bazı psikiyatrik bozukluklar klasik nöroendokrin eksenlerin hipoaktivitesi veya hiperaktivitesi ile seyir göstermektedirler. Üçüncüsü ise, nöroendokrin eksenlerin hormonları kan aracılığı ile beyine iletilmesi sonucunda bir geri bildirim meydana gelmekte ve tüm bunların sonucunda nöronal fonksiyon etkilenebilmektedir (Kaplan, & Sadock, 1998). Depresyonla ilgili olan nöroendokrin eksen anormallikleri temel olarak, adrenal, prolaktin, büyüme hormonu ve tiroid eksenlerindedir (Eşel, & Sofuoğlu, 2001). Hipotiroide sahip bireylerin neredeyse yarısında, hipertiroide sahip bireylerin ise, neredeyse beşte birinde depresif belirtiler görülmektedir (Eşel, 2001; Işık, 2013).

2.3.3.2. Psikososyal Faktörler

Kayıp yaşantısı, engellenme, şiddete maruz kalma, fiziksel ya da cinsel istismar, ihmal, sosyal hayattaki çeşitli çatışmalar, aile içi sorunlar gibi çeşitli stres faktörleri majör depresif epizodun başlamasına ya da tekrarlamasına yol açabilmektedir (Alloy, & Abramson, 2007; Öztürk, & Uluşahin, 2011). Psikososyal etmenlerden depresyon ile en çok ilgili görülen durum ise eş kaybının yaşanması olarak bilinmektedir (Kaplan, 2016). Depresyonu açıklayan birçok farklı kuram bulunmaktadır bunlardan başlıcaları şunlardır:

2.3.3.2.1. Psikanalitik Kuram

Freud, “Yas ve Melankoli” adlı başlık altında depresyona ait ilk psikanalitik açıklamaları yapan kişidir ve bu iki süreci benzer kayıp yaşantılarına karşın farklı tepkilerin meydana geldiği, birbiri ile ilgili durumlar olarak tanımlamaktadır (Corey, 2008). Depresyon kendilik değerinin tam bir çöküş hali ya da ya da kendilik değerinde bir azalma halidir (Türkçapar, 2015). Psikanalitik yaklaşıma göre depresyonun nedeni, bebeklik ve erken çocukluk dönemi yaşantılarından kaynaklanmaktadır. Özellikle bu dönemlerde meydana gelen sevgi nesnesinin kaybı, depresyonun başlıca açıklayıcı

sebebi olarak görülmektedir (Taylor, & Richardson, 2005). Kaybedilmiş sevgi nesnesinin destekleyiciliğinden mahrum kalma durumu ve sevgi nesnesi ile kurulan patolojik bağın kendilik saygısını düzenlemedeki önemi depresyonu açıklayan diğer önemli faktörler arasında yer almaktadır (Kernberg, 2009). Freud' a göre sevgi nesnesinin gerçekte bir kaybı olmasa da bilinçdışında imgesel bir kaybın mutlaka olması gerekmektedir. Yaşadıkları kayıp nedeniyle yalnızlık çeken kişiler, kayıp nesnesine karşı zıt duygular deneyimlerler. Yani hissedilen sevgi duygusuna karşın bilinçdışında kin ve sinirlilik gibi duygular da gelişmektedir. Tüm bu duyguların sonucunda da birey kayıbdan dolayı yaşadığı yas durumundan farklı bir şekilde suçluluk hisseder ve bireyin benlik saygısında düşüş meydana gelir. Fakat bilinçaltında deneyimlenen sinirlilik durumları bireyin kendisine yönelir ve bu durum da öz kıyım gibi davranışlara yol açar (Engin, & Ergün, 2014).

Karen Horney, çocuğuna sevgisini gösteremeyen ve kendilerinden uzaklaştırıcı şekilde davranan ebeveynler tarafından yetiştirilen çocukların, dünyaya karşı güvensizlik içerisinde ve yalnızlığa yatkın olduklarını, bu çocukların da ilerleyen yaşantılarında eleştiriye ve reddedilmeye karşı hassasiyet yaşayarak depresyon deneyleyebileceğini belirtmektedir (Engin, & Ergün, 2014).

Abraham, bebeğin annesi ile kurduğu beslenme ilişkisinin depresyonun temelinde yer aldığını ilk vurgulayan ilk kişidir. Depresif hastaların sevdikleri nesne elinde bulunurken aşırı engellenme yaşadıklarını ve bilinçdışı olarak duygusal bağ kurdukları nesneyi yok etme arzusu içerisinde olduklarını gözlemlemiştir (Bleichmar, 1996). Bu görüş daha sonraki teorisyenler tarafından aynı nesne için aşırı sevgi ve nefret duyguları ile birlikte, cezalandırılma isteği, suçluluk duygusu ve yıkıcı tetikleyicilerden sevilen nesneyi korumak için bir baskı ve tüm bunların sonucunda depresyonun deneyimlendiği şeklinde belirtilmiştir (Corey, 2008). Ayrıca Abraham 1912 yılında melankolik depresyon ile yas durumunu karşılaştırma fikrini ortaya atmıştır. Her iki durumda da bireyin bir kayıp duygusunu deneyimlediğini, fakat yaşlı bireyin kaybedilen kişi ile ilgilendiğini, depresif bireyin ise suçluluk duygusunu daha sık deneyimlediğini gözlemlemiştir. Melanie Klein, manik-depresif durumları, bebeklik döneminde olumlu özellikte içselleştirilen nesneler geliştirememiş olma durumunun yansıması olarak görmektedir. Yani, depresif bireyler bebeklik döneminde normal ve geçici olan depresif yaşantıları aşamamış kişilerdir. Böylece, bebeklikteki

yıkıcılıklarını yok ettiklerine inanmış oldukları olumlu ve sevilen nesnelerin yasını sürdürmeye devam etmektedirler (Geçtan, 2018). Özetle, tüm bu kuramcıların yer aldığı psikanalitik ekole göre, erken çocukluk döneminde yaşanan bazı sorunlar bireyi ileriki yaşantılarında depresyona yatkın hale getirebilmektedir (Morgan, & Taylor, 2005).

2.3.3.2.2. Bilişsel Kuram

1960'lı yıllardan itibaren depresyonun bilişsel yönü dikkat çekmeye başlamıştır. Bilişsel kurama göre depresyon, depresif ruh haline yatkın bireylerdeki belirli bilişsel çarpıtmalar ile ilgilidir. Aaron (1967)'a göre depresif hastalar genellikle iki biliş hali deneyimlemektedirler. Birincisi belirli dışsal uyarıcılara karşı, stereotipik şekilde, genelde uyarıcıyla ilgisiz bilişsel yanıtlar geliştirme durumudur. Örneğin bir başkası için hiçbir anlam taşımayan bir durum depresif birey için kendini aşağılayıcı düşünceler ile sonuçlanabilmektedir. İkinci bilişsel durum ise, yatkınlığa sahip olan bireyin zihninde yineleyici olumsuz düşüncelerin ya da serbest çağrışımların dışsal bir uyarıcı olmadığı durumlarda gözlenebilmesidir. Depresyonda üç temel bilişin aktive olmasıyla birey kendisi, dünyası ve geleceğini kendine özgü bir şekilde olumsuz görmeye başlamaktadır (McEvoy, Mahoney, & Moulds, 2010). Beck, bu bilişleri istemsiz ve engellenemez bir şekilde eski deneyimler sonucunda ortaya çıkan 'otomatik şemalar' olarak adlandırmaktadır. Bu düşünceler: kişinin farkındalığı dışında, ani bir şekilde geliştikleri için otomatiktir, gerçeklikten uzak olduğu için çarpıtılmıştır, depresyonu devam ettirdikleri ve bazı durumları düzeltmek için gerekli harekete geçme becerisinin önüne geçtikleri için engelleyicidir, doğrulukları sorgulanmadan kabul edilirler ve değişime dirençlidirler (Işık ve ark., 2013). Bireylerin işlevsel olmayan inançları tetiklendiği zaman, olumsuz otomatik düşünceler üretilmektedir. Olumsuz düşünme tarzları da depresif ruh halini ortaya çıkartmakta ve kişinin davranışlarını etkilemektedir (Tomlinson, & Slater, 2017). Depresif duygudurum kötüleştikçe temel inançların yaygınlığı ve sıklığı artmaktadır. İnançların içeriği, olumludan olumsuza doğru değişkenlik gösterebilmektedir. Hastalığın şiddeti arttıkça inanç "Bir şey yapamazsam bu benim çaresiz olduğum anlamına gelir" den "Çaresizim" olarak değişebilmektedir (Beck, & Haigh, 2014).

2.3.3.2.3. Davranışçı Kuram

Davranışçı kuramcılar, depresif belirtilerin ortaya çıkmasını ve sürmesini, tekrarlayan çaresizlik deneyimleri sebebi ile bir strateji olarak ortaya çıkan uyumsuz davranışlarla açıklamaya çalışmışlar ve başarı ödülüne ulaşmak için davranışların tekrarlanmasına atfetmişlerdir (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978; Beck, 1967). Abramson'a göre olumsuz bir duruma kişinin yaptığı bireysel yorum, çaresizlik hissini ve devamında oluşan depresif duygu durumunu açıklamaktadır (Nolen-Hoeksema ve ark., 2008). Sonuç olarak, Seligman'ın 1970 yılında ortaya attığı öğrenilmiş çaresizlik modelinde, çocukluktan itibaren çaresizliği deneyimleyen ve çaresizlik duygularını kontrol etme çabasının da işe yaramadığını öğrenmiş bireylerin, olumsuz bir durumla karşılaşmaları halinde 'nasıl olsa her şey gibi bunun da üstesinden gelemem' düşüncesi ve hissiyle kendilerini teslim etmeleri ile depresyon gelişmektedir. Bu görüş günümüzde önemini yitirmeye başlamıştır çünkü, depresyonda kişinin deneyimlediği durumun özelliği kadar kişinin duruma kendisinin atfettiği bireysel anlam da oldukça önem taşımaktadır (Işık ve ark., 2013).

2.3.4. Majör Depresif Bozukluğun Epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)' ne göre, dünyada yeti kaybına neden olan en önemli 10 hastalıktan ilk beşi: depresyon, alkol- madde kullanımı, bipolar bozukluk, şizofreni ve obsesif kompulsif bozukluktur (Dünya Sağlık Örgütü, 2017). Epidemiyolojik Havza Alanı (ECA) çalışmaları depresyon başlangıç yaşını ortalama 27 yaş olarak belirtmektedir. Genel kabul gören yaş ise 30 yaştır. Depresif bozukluklar için hastaneye başvuru yapan hasta grubu genellikle 40-60 yaşlar arasında yoğunluk göstermektedir (Buturak, Başterzi, Yazıcı, Yazıcı, & Acar, 2011). Epidemiyolojik çalışma sonuçlarına göre, depresyonun ömür boyu görülme sıklığı %4.9 ile %17.1 arasındadır (Korf, 2001). Yapılan çalışmalar depresif bozukluğun görülme sıklığının kadınlarda görülme sıklığının erkeklere göre yaklaşık 2 kat daha fazla olduğunu göstermektedir. (Dünya Sağlık Örgütü, 2017; Townsend, 2016). Kadınların %20'sinin, erkeklerin ise %10'unun, yaşamları boyunca deneyimlediği bir depresif bozukluk görülebilmektedir (Kessler ve ark., 2003). Cinsiyet farklılıklarının açıkladığı depresif bozukluklar, 44-65 yaşları arasında daha fazla belirginleşmektedir ancak, 65

yaşından sonra, kadınlarda yine erkeklerden daha fazla depresif bozukluk görülmektedir (Townsend, 2016).

Depresyonun ülkemizde görülme sıklığının %8-20 aralığında olduğu bildirilmiştir (Işık ve ark., 2013). Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından, 7479 kişi ile yapılan "Türkiye Ruh Sağlığı Profili" araştırmasının ilkinde depresif nöbet geçirme sıklığı %4 olarak bulunmuştur (Buturak ve ark., 2011). Depresyonun görülme sıklığı kadınlar için %5.4, erkekler içinse %2.3'olarak bulunmuştur (Kılıç, 1998). Depresyonun en fazla 20-50 yaş aralığında ortaya çıktığı bilinmektedir (Buturak ve ark., 2011; Doğan, 2000). Tüm Türkiye nüfusunu temsil eden Türkiye Ruh Sağlığı Profili'nin ikinci çalışmasında ise depresyonun görülme sıklığı biraz daha yüksek saptanmış, ancak tedavi başvurusu birinci profil çalışması ile aynı düzeyde bulunmuştur (Kılıç, & Uluğ, 2021).

2.3.5. COVID-19 ve Depresyon İlişkisi

2019 Aralık ayından itibaren ortaya çıkan yeni COVID-19 salgınının hızlı bir şekilde yayılması, insan sağlığını ve yaşamını tehdit ediyor olması bireylerin bedensel ve ruhsal sağlığı üzerinde önemli sonuçlar oluşturmakta ve depresyon, TSSB, anksiyete gibi birçok ruhsal bozukluğa yol açmaktadır. Geçmişte yapılan çalışmaların bulgularına göre, depresyon, ortaya çıkan bulaşıcı hastalıkların tetiklediği en yaygın ruhsal bozukluklardan bir tanesidir (Mak ve ark., 2009).

Bireyler, pandemi sürecinde her zaman sevilen bir kişinin kaybı gibi somut olan bir kayıp yaşamasa da kendileri için anlam ifade eden özgürlük, sosyalleşme, benlik, duygular, toplumsal ile sosyal roller ve kimlik gibi soyut kayıplar da yaşamışlardır. Tüm bu kayıplar da bireylerin üzerinde toplumsal bir travma yaratmakta ve bireyler kaybedilen nesnelerin veya sevdiklerinin yasını tutmaktadırlar. Pandemi sürecinin etkilerinin hala devam etmesi ile birlikte yas süresinin uzaması da kronikleşerek depresif belirtilere neden olmaktadır (Çubuk, 2020). Bu noktada yas ve depresyonu birbirinden ayırt etmek önemlidir. Bireyler için yas sürecinde dünya boş ve anlamsız görünürken, depresyonda bireyin kendisi bu konumdadır. Bu nedenle yastan farklı olarak depresyonda birey kendisini değersiz, aşağı ve yetersiz görmektedir. Bu durum da bireylerin benlik saygısı ile özgüveninin azalmasına yol açmaktadır. Yas tepkisi olarak ortaya çıkan suçluluk duygusu kayba ait deneyimlerle ilgiliyken, depresyonda genel bir suçluluk duygusu hakimdir (Worden, 2003). Yapılan çalışmalara bakıldığında

zaman virüsün hızla yayılmaya başlamasından ve ölüm oranlarının artmasından sonra bireylerin daha fazla depresif semptom gösterdiği görülmektedir (Choi, Hui, & Wan, 2020; Ettman, 2020).

COVID-19 ile ilgili yapılan alanyazın çalışmaları tarandığında, COVID-19 salgını boyunca, depresif semptomların yaygınlığı oldukça yüksek bulunmuştur (Ahmed ve ark., 2020; Chen, Zhou, Zhou, & Zhou, 2020; Gao ve ark., 2020; Lei ve ark., 2020; Liu ve ark., 2020a; Wang ve ark., 2020a, 2020b). Erken müdahale edilmediği durumlarda bu depresif belirtiler uzun süreli depresyona neden olabilmektedir (Lee ve ark., 2019). Örneğin, Lee ve ark. (2007) SARS salgını sonlandıktan bir yıl sonra, hayatta kalanlar arasında depresif belirtilerin yaygınlığının %40.4 olduğunu bulmuşlardır. Mak ve ark. (2009) SARS salgınından sonra hayatta kalanların %15,6'sının salgın bittikten 30 ay sonra depresyondan muzdarip olduğunu bulmuşlardır. Kalıcı depresyon, ciddi bilişsel bozulmalara, sosyal işlev bozukluklarına, kötü yaşam kalitesine ve ölüm ile sonuçlanabilen intihar davranışlarına neden olmaktadır.

Ustun (2020) tarafından ülkemizde COVID-19 pandemisinin depresyon ve ilişkili faktörler ile ilişkisinin incelendiği bir çalışmada, Türkiye’de COVID-19’un 18-65 yaş arası bireyler üzerinde ortalama olarak hafif düzeyde bir depresyona neden olduğu bulunmuştur. Bekar, evinden uzakta okuyan öğrenci gruplarında, 18-29 yaş aralığında, geliri giderinden az olan kadın katılımcılarda depresyon düzeyleri diğerlerinden daha yüksek bulunmuştur. Karantina süresince ikamet yerini değiştirmek zorunda kalan, umutsuzluk, yalnızlık, uyku sorunları, ölüm korkusu yaşayan, kendini işe yaramaz ve değersiz hisseden, sigara ve alkol kullanmaya başlayan katılımcılar orta düzeyde depresyon belirtileri göstermişlerdir. Kendine zaman ayıran, ailesiyle vakit geçiren ve evde eğitim ya da iş ile meşgul olan bireylerin depresyon düzeyleri ise en düşük düzeyde bulunmuştur.

Goldmann, & Galea (2014) tarafından travma ve ruh sağlığı üzerine bir taramadan elde edilen bulgular, travmatik olaylar yaşanırken ve bittikten sonra depresyonun arttığını göstermektedir. Ettmann ve ark. (2020) tarafından COVID-19 pandemi süreci öncesi ve sonrasında 18 yaş ve üstü ABD’li yetişkinler ile yapılan bir başka çalışmada ise, pandemi öncesi tüm katılımcılar içerisinde %8.5’i depresyon belirtileri

göstermekteyken pandemi esnasında bu katılımcıların %27.8'inin depresyon belirtileri gösterdiği bulunmuştur. Pandemi süreci devam etmekteyken, öncesindeki sürece nazaran tüm demografik gruplarda daha yüksek düzeyde depresyon belirtileri gözlenmiştir ve depresyon belirtileri yaygınlığı 3 kattan fazla artış göstermiştir.

2.4. Yas

2.4.1. Kayıp, Ölüm ve Yas Kavramları

Her birey olağan yaşantısının içerisinde birden çok kayıp ya da kayıp tehdidi ile karşılaşabilmektedir. İş, özgürlük, sosyalleşme ve organ kaybı, değer verilen bir eşyanın ya da bir ilişkinin bitimi gibi birçok somut veya soyut kayıp bu duruma örnek olarak verilebilir. Tüm bu kayıpların içerisinde geri dönülmez oluşu ve sona ermiş olması nedeniyle ölüm en acı verici, somut bir deneyim olarak sayılabilmektedir (Tomarken, 2008). Yas, gerçekleşen bu kayıplara doğal bir tepki olarak ortaya çıkmaktadır. Bireyler böyle bir kayıp yaşadktan sonra, kendisini bağlanma ve güven kaynaklarını tüketen; öfke, suçluluk ve terk edilme gibi hislerle birlikte bir boşluk içerisinde çaresiz ve yalnız hissedebilmektedirler (Malkinson, 2009, & Tomarken, 2008).

Yas tutma davranışı yalnızca sevilen bir kişinin kaybedilmesi sonucunda oluşan bir yanıt değil her çeşit değişiklik veya yitime karşı verilebilen bir yanıttır. Yas, “ölüm veya felaketten doğan acı ve bu acıyı kapsayan davranışlar, matem” kelime anlamına gelmektedir (Türk Dil Kurumu, 2021). Bir başka tanımda ise yas, sevilen bir kişinin kaybı sonrasında kayıp yaşayan birey tarafından gösterilen duygusal, davranışsal, bilişsel ve fiziksel tepkiler olarak ifade edilmektedir (Gizir, 2006).

Yas kavramını ilk tanımlayan kişi olan Freud (1922)'a göre yas sevilen bir bireyin kaybedilmesi ya da bireyin özgürlük ve hedefler gibi değer verdiği soyut varlıkların kaybedilmesi ile birlikte ortaya çıkan ve patolojik olmayan bir tepkidir. Benzer koşullar bazı bireylerde ise melankoliye neden olmaktadır. Yas ile melankolinin derin bir acı hissi, faaliyetlerin azalması, dış dünya ile bağlantının kesilmesi gibi birçok ortak özelliği olmasına rağmen yas sürecinde melankoliden farklı olarak kişinin kendine yönelik öz saygısında bir düşüş yoktur. Yas, melankoliden farklı olarak bir patoloji olarak sınıflandırılmaz ve tıbbi bir tedavi gerektirmez çünkü yas tepkisi yitimden

sonra ortaya çıkan normal bir süreçtir ve birey zaman içerisinde bu durumla baş etmeyi öğrenmektedir (Freud, 1922).

Engel (1961) tarafından yas, sevilen bir kişinin ya da iş veya mülk gibi değerli bir nesnenin kaybına verilen ve herhangi bir tıbbi müdahale gerektirmeyen tepki olarak tanımlanmaktadır. Engel'e göre karmaşık olmayan yas sürecinde kayıp yaşayan birey kendisini kaybın gerçekliğinden soyutlamaya çalıştığı şok ve inkâr evresinden geçmektedir. Bu süreci üzüntü, umutsuzluk, çaresizlik, suçluluk ve utanç duygularının geliştiği farkındalık geliştirme evresi takip etmektedir. Bu süreçte kayıp yaşayan birey bazı bedensel semptomlar gösterebilmekte (uyku bozukluğu, iştahsızlık vb.) ve bireyin günlük faaliyetlerinde aksaklıklar oluşabilmektedir. Devamında ise, yeniden yapılanma-iyileşme evresi içerisinde yas süreci eğer karmaşık değilse kişi kaybın neden olduğu travmanın üstesinden gelmekte, işlevselliğini yeniden kazanmakta ve normal hayatına geri dönebilmektedir (Engel, 1961).

2.4.2. Yas Türleri

Lindemann, karmaşık ve normal yas süreçlerini birbirinden ayıran ilk kişi olarak bilinmektedir. Normal yas süreci içerisinde kayıp yaşayan bireylerde görülebilecek özellikleri suçluluk duygusu, bedensel sorunlar, kaybedilen kişiye dair şeylerle bir meşguliyet içerisinde olmak, kaybedilen kişinin bazı özelliklerini edinmek, düşmanca tepkiler ve düşmanca davranışlar olarak altıya ayırmaktadır. Karmaşık yas sürecini ise kayıp yaşayan bireyin yas tepkilerinin kaybın yaşandığı anda veya sonrasında değil de normalinden daha sonra ortaya çıkan gecikmiş yas tepkisi ve kayıp yaşayan birey tarafından zevk alma, kendini çok iyi hissetme gibi beklenen tepkilerin dışında yas tepkisi gösterilen çarpıtılmış yas tepkisi olmak üzere iki gruba ayırmaktadır (Lindemann, 1944).

Yas türlerini gruplandıran diğer bir kişi ise Parkes' tır. Parkes' a göre yas süreci normal ve patolojik olarak ikiye ayrılmaktadır. Patolojik yas kendi içerisinde üçe ayrılmaktadır bunlar kronik, gecikmiş ve engellenmiş yastır. Normal yas sürecinde sevilen bireyin kaybının ardından kayıp yaşayan kişinin zihni kaybedilen kişiye dair düşüncelerle sıkça meşgul olmakta ve ölen kişiye derin bir özlem duyulmaktadır. Bunlara bağlı olarak uzun süren bir depresyon süreci ve çaresizlik hisleri ortaya çıkmaktadır. Patolojik yasta kayıp yaşayan birey yas evrelerinden birinde saplanıp

kalmakta ve yas sürecini sağlıklı bir şekilde tamamlayamamaktadır (Bildik, 2013). Patolojik yas türlerinden biri olan kronik yas sürecinde ise normal yas ile benzer belirtiler gözlemlenmektedir fakat bu süreç çok daha uzun sürmektedir. Engellenmiş yas kayıp sürecinin hemen ardından değil de kayıp yaşandıktan belirli bir süre geçtikten sonra ortaya çıkan bir türdür. Ertelenmiş yas türü ise engellenmiş yas sürecinin sonrasında ortaya çıkmaktadır (Parkes, 1965).

Günümüzde ise komplike yas, DSM-V' te Kalıcı Komplike Yas Bozukluğu olarak yer almaktadır ve bu tanı için belirtilerin ölümden sonra en az 12 ay görülmesi gerekmektedir (APA, 2013). Komplike yas, suçluluk, öfke duyguları, ölüme inanamama, ölen kişiye duyulan yoğun özlem ve ölen kişi ile ilgili zihni sıkça meşgul eden düşünceler, kaçınma, kimlik/rol kaybı, etkinliklere duyulan ilgide bir azalma ile karakterize bir bozukluktur (Shear, & Shair, 2005).

2.4.3. Yas Tepkileri

Normal şartlar altında, kayıp yaşayan bireylerin yas sürecini yaşadktan sonra, kaybın gerçekliğini kabullenebildiği, suçluluk ve öfke duygularını geride bırakabildiği, ölen kişi ile ilgili sahip olduğu anılarından rahat bir şekilde bahsedebildiği, rutin faaliyetlerini ve sosyal ilişkilerini sürdürebildiği başka bir sürece doğru ilerleme gösterdiği kabul edilmektedir (Maercker, & Lalor, 2012; Shear, & Shair, 2005). Bu ilerleme süreci içerisinde kayıp yaşayan birey, kaybettiği kişi ile ilişkisini yeniden anlamlandırmakta ve işlevselliğini geri kazanmaktadır. Fakat bazı bireylerin sevdiklerini kaybettikten sonra umutsuzluk hissi ile birlikte gelecekte bir beklenti içerisinde olamama, yaşadıkları kimlik veya rol kaybı ile birlikte hayatlarındaki yeni sorumluluklara adapte olmakta güçlük çekmesi gibi durumlar yaşanabilmektedir (Mathew, & Marwit, 2004; Tomarken ve ark., 2008). Belirtilen tüm bu yas tepkileri kaybedilen kişinin ölüm nedenine, kaybedilen kişi ile ilişkinin niteliğine, kayıp yaşayan bireyin kişilik özelliklerine, baş etme tarzına, sosyal destek ve inanç sistemi gibi değişkenlere göre farklılık gösterebilmektedir. Yas tepkileri her bireyde farklı gözlemlenebildiği gibi duygusal, davranışsal, fiziksel ve bilişsel ortak tepkiler şeklinde de gözlemlenebilmektedir.

Çelik (2006) tarafından yas tepkileri şu şekilde gruplandırılmıştır:

- Duygusal Tepkiler: Öfke, çaresizlik, umutsuzluk, yalnızlık, yorgunluk, suçluluk, korku, şok
- Bilişsel Tepkiler: Çarpık düşünceler, düşüncede karışıklık, dikkat dağınıklığı, inkâr, unutkanlık, kâbus görme, halüsinasyonlar
- Fiziksel Tepkiler: Kendini kötü hissetme, nefes darlığı, kalpte sıkışma, ağız kuruluğu, midede boşluk hissi, gürültüye karşı hassaslık
- Davranışsal Tepkiler: Uyku düzensizlikleri, dikkatsizlik, takıntılı davranışlar, sosyal içe çekilme, iştahta artış ya da azalma, kaybı hatırlatan şeylerden kaçınma ya da ayrılamama

2.4.4. Yas Sürecini Etkileyen Faktörler

Yas tutan bireylere bakıldığı zaman birçok farklı yas tepkisinin ortaya çıktığını görmek mümkündür. Bazı bireylerde kayıp yaşadıktan hemen sonra, hafif ve kısa süren yas tepkileri ortaya çıkabildiği gibi diğer bazı bireylerde ise kayıp yaşadıktan uzunca bir süre geçmesinin ardından, ağır ve uzun süren yas tepkileri ortaya çıkabilmektedir. Yas ile ilgili yapılan çalışmalarda, yas sürecini ve yas tepkilerinin değişkenliğini belirlemede bazı faktörlerin etkili olduğu belirtilmiştir.

Worden' a göre yas sürecini etkileyen yedi faktör bulunmaktadır:

1. Kaybedilen kişinin kim olduğu: Kaybedilen kişinin kim olduğu yas yaşayan bireyin yas sürecini etkilemektedir. Örneğin yaşlılık nedeni ile ölüm beklentisi içerisinde girilmiş bir kişinin kaybı ile bir anne babanın küçük yaştaki çocuklarını ani bir şekilde kaybetmesi farklı şiddette yas tepkileri doğurabilmektedir.

2. Kaybedilen kişi ile ilişkinin niteliği: Kaybedilen kişi ile kaybı yaşayan kişi arasındaki ilişkinin iyi ya da kötü olması yas sürecini etkilemektedir. Örneğin kaybedilen kişi ile olumlu duygular içeren ve yakın bir ilişki içerisinde olmak yas sürecinin olağan şekilde yaşanmasını sağlayabileceği gibi kaybedilen kişi ile çatışmalı, olumsuz duygular içeren bir ilişkide olmak kayıp yaşandıktan sonra bireylerde suçluluk duygularına neden olabilir.

3. Kişinin ölüm biçimi: Ölümün ani (intihar, kaza, cinayet, doğal afet) ya da beklenen sebepler ile (yaşlılık veya hastalık vb.) gerçekleşmiş olması yas sürecini etkilemektedir.

4. Geçmiş kayıpların varlığı: Kayıp yaşayan bireyin yas süreci, geçmişte yaşanan kayıplardan, yas sürecini geçirme şeklinden ve yas sürecinin tamamlanıp tamamlanmasından etkilenmektedir.

5. Kişilik özellikleri: Kayıp yaşayan kişinin duygularını ifade edebilme şekli, yaşı, cinsiyeti, stresle baş etme becerileri yas sürecini ve tepkilerini belirlemektedir. Bireyler olumlu yaşantılara ve duygulara daha fazla yöneldiklerinde, kayıp durumlarıyla daha iyi baş edebilmektedirler (Yancey, 2013). Kadınlar erkeklere nazaran duygularını ifade etmede daha rahat oldukları için yas sürecini daha kolay geçirebilmektedirler fakat kadınların erkeklerden daha fazla tekrarlayıcı düşüncelere sahip olmaları nedeniyle alanyazında tam tersi bulgulara da rastlanılmaktadır.

6. Sosyal destek: Yas süreci içerisindeki bireyin sahip olduğu sosyal ilişkiler ve çevresinden aldığı destek yas sürecinin ağır geçirilmesine karşı koruyucu bir özellik göstermektedir.

7. Yas sürecinde meydana gelen sıkıntılar: Kayıp yaşayan bireyin yas süreci içerisindeyken yaşayabileceği ailevi, ekonomik, iş ile ilgili sorunları yaşadığı sürecin daha da ağırlaşmasına neden olabilir (Worden, 2008).

2.4.5. COVID-19 ve Yas

Yas tutma davranışı yalnızca sevilen bir kişinin kaybedilmesi ile değil yaşamdaki her çeşit değişiklik veya yitim ile oluşabilmektedir. Halen etkisini sürdürmekte olan COVID-19 sürecinde bireyler kişisel, sosyal ve ekonomik boyutta bazı kayıplar yaşamaktadırlar. Bu kayıpların içerisinde bireyleri en çok etkileyen kayıp türü ise genellikle sevdikleri kişileri virüsün sebep olduğu hastalık sonucunda kaybetmeleri olmaktadır. İçerisinde bulunduğumuz süreç içerisinde bireylerin, virüs ile enfekte olan sevdiklerini virüsün bulaşıcılık özelliğinin sebep olduğu kısıtlamalar nedeniyle bazen evlerinde bazen de hastanelerde ziyaret edememeleri, onlara hastalık sürecinde yardımcı olamamaları, birlikte vakit geçirme ve vedalaşma imkânının olmaması gibi faktörler sonucunda bireyler kendilerini suçlu hissedebilmekte ve bu sebeple yoğun bir öfke ve üzüntü yaşayabilmektedirler. COVID-19 için alınan koruma önlemleri, bireylerin, sevdikleri kişiler yaşamının son günlerindeyken oldukça zor koşullar ile

karşı karşıya kalmanın yanı sıra cenaze törenlerinin ertelendiği veya sınırlı sayıda kişi ile gerçekleştirildiği zorlu bir ölüm sürecine şahit olmalarına neden olmaktadır. Yakın kaybı yaşayan bireyler gerekli sosyal desteğe sahip olmalarına rağmen kısıtlamalar nedeniyle acılarını yakınları ile paylaşamamakta ve bu destekten mahrum kalmaktadırlar (Aguiar, Pinto, & Duarte, 2020). Ölümden sonraki süreçte kültürel ve dini ritüellerde yaşanan kısıtlamalar aileleri derinden etkilemektedir. Ritüeller, güçlü duyguları ifade etmenin yollarından bir tanesidir. Önerilen ve tekrar eden yapıları, bireylerin sahip olduğu kaygı ve güçsüzlük duygularını azaltmakta (Myerhoff, 1982; Scheff, 1979) ve karmaşık zamanlarda yapı ve düzen sağlamaktadırlar. Ritüellerin bu özelliklerinin tedavi edici ve iyileştirici işlevlerinin olabileceği öne sürülmektedir (McGoldrick, & Walsh, 2004; Rando, 1985).

Yapılan araştırmalar, yas sürecini etkileyebilecek ve karmaşık bir yas haline getirebilecek, ölümün doğası (beklendik/beklenmedik) ve travmatik doğasının yol açtığı bireylerdeki hazırlıksızlık, ölen kişiye veda edememe, yaşamının son anlarında bakım sağlayamama, ekonomik problemler, bireyin ailesi, sosyal destek kaynakları ve mevcut kültürel bağlam gibi birçok faktör tanımlamaktadır (Burke, & Neimeyer, 2013; Burke, Neimeyer, Bottomley, & Smigelsky, 2019; Etkind ve ark., 2020; Miyajima ve ark., 2014; Wright ve ark., 2008). COVID-19 gibi travmatik özellikler barındıran bir dönem içerisinde de sevdiklerini hastalık nedeniyle kaybeden bireylerde de bu faktörlerin tümünün etkisi oldukça belirgin bir şekilde gözlemlenmektedir. Tüm bu faktörlerin bir arada görülmesi de yas sürecini bozabilmektedir. Yas sürecinin bozulması ise komplike yas bozukluğuna yol açabilmektedir. Çeşitli araştırmalar da, komplike yas bozukluğuna sahip olan kişilerin psikolojik travma, depresyon ve hatta intihar davranışı için yüksek risk altında olduğunu göstermektedir (APA, 2013).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın örneklemini, veri toplama araçları ve verilerin istatistiksel analizi ile ilgili bilgi verilmiştir.

3.1. Örneklem

Araştırmanın örneklemini Şubat 2022- Mayıs 2022 tarihleri arasında Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne COVID-19' a bağlı olarak yakın kaybı nedeni ruhsal yakınmalar ile ya da daha önceden takipli hastalardan COVID-19' a bağlı olarak yakın kaybı nedeni ile semptomlarında bir artış veya değişkenlik gösteren hastalardan toplam 92 kişi oluşturmaktadır. Katılımcılar 18-65 yaş arasındadır ve en az ilkokul mezunudur.

Katılımcılar araştırmaya dahil edilirken COVID-19' a bağlı hayatını kaybeden bir kişinin yakını olmasına, çalışmaya gönüllü katılımı kabul etmesine, bilgilendirilmiş onam formunu onaylamasına, tedavi altında olmayan bedensel ve/veya nörolojik hastalık, psikotik bozukluk, alkol-madde bağımlılığı ve zekâ geriliği bulunmamasına, ölçekteki maddeleri okuyup anlayabilmesi için okuma yazma biliyor olmasına dikkat edilmiştir. Dahil edilme kriterlerini sağlamayan kişiler çalışmaya dahil edilmemiştir.

Bütün katılımcılara çalışmanın amacı ve verilerin gizliliği ile ilgili bilgi verilmiş, çalışmaya katılmayı kabul eden kişilere Bilgilendirilmiş Onam Formu'nu okutup onayı alınmış hemen ardından ise ölçekler uygulanmıştır. Çalışma Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 23 Şubat 2022 tarihli 2022-4/29 nolu karar ile onaylanmıştır (EK 5). Çalışmanın COVID-19 ile ilişkili olması nedeniyle T.C. Sağlık Bakanlığı Bilimsel Araştırma Platformu'na başvuru yapılmış ve araştırma onayı alınmıştır (EK 4).

3.2. Veri Toplama Araçları

Katılımcıların demografik özellikleri ile ilgili bilgi edinmek için araştırmacı tarafından alanyazındaki bilgiler doğrultusunda hazırlanmış olan Demografik Bilgi Formu kullanılmıştır. Buna ek olarak katılımcıların depresyon düzeylerini ölçmek için Beck Depresyon Envanteri, TSSB düzeylerini ölçmek için ise Travmatik Stres Belirti Ölçeği kullanılmıştır.

3.2.1. Demografik Bilgi Formu

Katılımcılara verilen Demografik Bilgi Formu'nda (Ek 1) katılımcıların geçtiğimiz yıllarda COVID-19'a bağlı olarak bir yakınına kaybetme durumları, kaybetmiş ise kimi kaybettikleri, yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, gelir düzeyi, medeni durumu, ve maneviyatın yaşamlarında ne düzeyde yer kapladığı sorulmuştur. Demografik Bilgi Formunun diğer bir bölümünde katılımcıların yaşadıkları COVID-19 nedeni kayba ilişkin sorularda ise, kaybedilen kişinin ölüm yaşı, ölüm yeri, ölüm şekli(beklendik-beklenmedik), cenaze töreninin olup olmaması, kaybedilen kişi ile aralarındaki ilişkinin niteliği ve katılımcının kaybettiği kişinin cenazesine katılabilme durumu, taziye gelen yakınların olup olmaması, yas sürecinin uzunluğu, kayıptan sonra sosyal destek sağlayabilecek yakınlar ile görüşme fırsatı, alkol-sigara tüketiminde artışın olup olmadığı gibi sorular sorulmuştur.

3.2.2. Beck Depresyon Envanteri

Beck ve ark. (1961)'nın geliştirdiği ölçek (Ek 3) depresyonda görülen duyuşsal, fiziksel ve bilişsel semptomları ölçmeyi amaçlamaktadır. 1989'da Hisli tarafından Türk Üniversite öğrencileri ile geçerlilik ve güvenilirlik araştırması yapılmıştır. Beck Depresyon Envanterinin güvenilirliği madde analizi ve yarıya bölme yöntemleri ile incelenmiş ve bunlara ait korelasyon katsayıları sırası ile $r=.80$ ve $r=.74$ olarak bulunmuştur. Ölçeğin geçerliği ise birlikte geçerlik tekniği kullanılarak belirlenilmeye çalışılmış ve kriter olarak Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI) D skalası kullanılmıştır. İki ölçek arasındaki Pearson korelasyon katsayısı $r=.50$ olarak belirlenmiştir. Saptanan geçerlik ve güvenilirlik katsayıları Batı' da bu amaç doğrultusunda yapılmış çalışmalarla da tutarlılık göstermektedir. Yaş ve cinsiyet değişkenine göre yapılan karşılaştırmalarda her iki değişkene göre Beck Depresyon

Envanteri puan ortalamaları arasında bir farklılık görülmemiş, katılımcıların ölçekten 17 ve üzerinde puan alması normalin üzerinde depresyon seviyesini belirleyen kesme noktası olarak alınabilmektedir. Katılımcılara, katılım sağladıkları günü de kapsayacak şekilde geçirdikleri son bir hafta içerisinde kendilerini nasıl hissettiklerini en iyi şekilde tarif eden dört maddeden birini seçerek işaretlemeleri söylenmektedir. Likert tipi bir ölçek olan ve 0-3 arasında farklılık gösteren Beck Depresyon Envanteri'nde alınabilecek en yüksek puan 63' tür. Depresyon düzeyinin veya şiddetinin yüksekliğini toplam puanın ne derece yüksek olduğu belirlemektedir. Envanterin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında, kesme puanının 17 olarak kabul edildiği bildirilmiştir (Hisli, 1989).

3.2.3. Travmatik Stres Belirti Ölçeği

Çalışmada DSM-IV tanı kriterleri temel alınarak Foa, Michael, Paul, Meredith, & Nader (1998) tarafından TSSB belirtilerini ve düzeyini belirleyebilmek için oluşturulan, 50 maddesi bulunan bir öz bildirim ölçeği olan Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği'nin alt ölçeklerinden biri olan Travma Sonrası Stres Belirti Ölçeği kullanılmıştır (Ek 2). Travma Sonrası Stres Belirti Ölçeği'nde dörtlü derecelendirme (0 = Hiç ya da yalnızca bir kez, 1=haftada bir ya da daha az/kısa bir süre 2=haftada 2-4 kez/yarım gün 3 = Haftada 5 ya da daha fazla/nerdeyse bütün gün) şeklinde olmak üzere toplam 17 madde bulunmaktadır. Ölçek ranjı 0-51 aralığındadır. Ölçekten toplamda alınan puanlardan 1-10 arası hafif, 11-20 arası orta, 21-35 arası orta-ağır ve 36 üzeri ağır düzeyde TSSB belirtilerine karşılık gelmektedir. Ölçeğin psikometrik özelliklerini tespit etmek için Foa ve ark. (1998) tarafından yapılan güvenirlik çalışmasında ölçeğin Craonbach Alfa katsayısı 0.92, test-tekrar test güvenirlik katsayısı ise 0.83 olarak bulunmuştur. Dürü (2006), tarafından Türkçeye uyarlaması yapılan ölçeğin, toplam maddeler için Cronbach Alfa katsayısı ($\alpha=0.93$) olarak saptanmıştır.

3.3. İstatistiksel Analizler

Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile test edilmiştir. Veriler normal dağılıma uymadığı için medyan (minimum-maksimum) değerleri verilmiştir. Bağımsız iki grubun karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Bağımsız ikiden fazla grubun karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

Kruskal-Wallis testi sonrasında anlamlı farklılıklar bulunması durumunda grupların ikili olarak karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler n ve % değerleri ile gösterilmiştir. Değişkenler arasındaki ilişki Spearman korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. Ölçeklerin iç tutarlılıkları Cronbach alfa katsayısı ile değerlendirilmiştir. Anlamlılık düzeyi $\alpha=0.05$ olarak kabul edilmiştir. İstatistiksel analizler IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Statistics v. 23 istatistiksel analiz paket programı kullanılarak yapılmıştır.



4. BULGULAR

Bu bölümde araştırma soruları doğrultusunda yapılan istatistiksel analizlerin sonuçları ile ilgili bilgi verilmiştir. Tüm katılımcıların depresyon ve TSSB düzeylerinin bazı değişkenler bakımından nasıl bir farklılaşma gösterdiği ve depresyon ile TSSB düzeylerinin birbiri ile olan ilişkisi incelenmiştir.

Çalışmaya katılan tüm katılımcılara ait genel sosyodemografik değişkenler Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

		Medyan(minimum-maksimum) veya n(%)
Yaş (yıl)*		34,5 (18-69)
Cinsiyet	Kadın	27(29,3)
	Erkek	65(70,7)
Gelir Düzeyi	Üst	31(33,7)
	Orta	51(55,4)
	Alt	10(10,9)
Eğitim Düzeyi	İlk ve Orta öğretim	7(7,6)
	Lise	26(28,3)
	Üniversite	44(47,8)
	Lisansüstü	15(16,3)
Medeni Durum	Evli	41(44,6)
	Bekar	42(45,7)
	Dul	9(9,8)
Maneviyat Düzeyi	Çok fazla	37(40,2)
	Oldukça	39(42,4)
	Kararsızım	7(7,6)
	Biraz	5(5,4)
	Hiç	4(4,3)

Çalışmaya katılan 92 bireyin medyan yaşı 34,5 (minimum-maksimum:18-69) yıldır; çalışmaya katılanların 65'i kadın (%70,7), 27'si erkek (%29,3)'tir; gelir düzeyi orta seviyede olanların oranı %55,4; eğitim düzeyi üniversite olanların oranı %47,8; medeni durumu bekar olanların oranı %45,7; maneviyat düzeyi çok fazla olanların oranı %40,2'dir (Tablo 1).

Çalışmaya katılan tüm katılımcıların COVID-19'a bağlı olarak kaybettikleri yakınları ile ilgili değişkenler Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. Kaybedilen Kişi ile İlgili Değişkenler

		n(%)
Ölüm yeri	Hastane	89(96,7)
	Ev	2(2,2)
Ölüm şekli	Beklenmedik-ani	78(84,4)
	Beklendik-sıralı	14(15,2)
Cenaze töreni varlığı	Var	78(84,8)
	Yok	14(15,2)
Cenaze törenine katılım	Var	64(69,6)
	Yok	28(30,4)
Kaybedilen kişiyle ilişkiniz nasıldı?	Çok iyi anlaşırdık	82(89,1)
	Orta derecede iyi anlaşırdık	10(10,9)
	Kötü anlaşırdık	0

Katılımcıların kaybettikleri yakınlarının ölüm yeri hastane olanların oranı %96,7; ölüm şekli beklenmedik-ani olanların oranı %84,4; cenaze töreni gerçekleştirilebilenlerin oranı %84,8; cenaze törenine katılabilen katılımcıların oranı %69,6; kaybedilen kişi ile ilişkisi çok iyi olanların oranı %89,1'dir (Tablo 2).

Çalışmaya katılan tüm katılımcıların kayıp sonrası yaşadıkları süreç ile ilgili değişkenler Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların Kayıp Sonrası Yaşadıkları Süreç ile İlgili Değişkenler

		n(%)
Yas süreciniz ne kadar sürdü?	6 aydan daha kısa	33(35,9)
	6 aydan daha uzun	12(13,0)
	Devam ediyor	47(51,1)
Taziye gelen kişi sayısı	Hiç gelen olmadı	23(25,0)
	Çok az gelen oldu	25(27,2)
	Orta derecede gelen oldu	23(25,0)
Sosyal destek sağlayabilecek yakınlarla görüşme imkânınız oldu mu?	Hiç olmadı	14(15,2)
	Çok az oldu	29(31,5)
	Orta derecede oldu	32(34,8)
	Çok fazla oldu	17(18,5)
Alkol kullamında artış oldu mu?	Evet	10(10,9)
	Hayır	82(89,1)
Sigara kullanımında artış oldu mu?	Evet	29(31,5)
	Hayır	63(68,5)
Hayatı Sonlandırma Fikrinin Varlığı	Var	20(21,7)
	Yok	72(78,3)
Dini İnançlarda Gerçekleşen Değişim	Değişim yok	33(35,9)
	Dini inancı zayıflayanlar	18(19,6)
	Dini inancı güçlenenler	35(38)
	Dini inancı olmayanlar	6(6,5)

Katılımcılardan yas süresi hala devam etmekte olanların oranı %51,1; sosyal destek sağlayabilecek yakınları ile görüşme imkânı orta derecede olanların oranı %34,8; alkol kullanımında artış olmayanların oranı %89,1; sigara kullanımında artış olmayanların oranı %68,5; hayatı sonlandırma düşüncesine sahip olmayanların oranı

%78,3; dini inançları kayıptan sonra güçlenenlerin oranı %38 ve taziyeye çok az sayıda gelen ziyaretçi oranı %27,2'dir (Tablo 3).

4.1. İlişki Testi

Tablo 4'te çalışmaya katılan tüm katılımcıların Beck depresyon ve TSSB ölçeklerinden aldıkları puanlar arasındaki ilişkileri belirlemek için yapılan korelasyon analizi sonuçları gösterilmektedir.

Tablo 4. Depresyon ve TSSB Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Değişkenler	Beck depresyon toplam ölçek puanı		TSSB toplam ölçek puanı	
	r	p	r	p
TSSB	0,675**	<0,001	-	-
Beck depresyon	-	-	0,675**	<0,001

*p<0,05 **p<0,01

Depresyon ve TSSB arasındaki ilişkinin incelenmesi için yapılan korelasyon testi sonucunda Beck depresyon ve TSSB toplam ölçek puanı arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki bulunmuştur ($r=0,675$; $p<0,001$) (Tablo 4).

4.2. Karşılaştırma Testleri

Tablo 5 cinsiyet grupları arasında yapılan ölçek puanlarına yönelik karşılaştırmaları göstermektedir.

Tablo 5. Ölçek Puanlarının Cinsiyet Bakımından Karşılaştırılması

Değişken	Kadın	Erkek	p-değeri
Beck depresyon	20 (1-52)	16 (1-38)	0,007
TSSB	19 (0-48)	8 (0-38)	0,001

*p<0,05 **p<0,01

Beck depresyon ve TSSB toplam ölçek puanları cinsiyetler arasında karşılaştırıldığında, Beck depresyon toplam ölçek puanının kadınlarda anlamlı olarak daha yüksek olduğu ($p=0,007$) ve TSSB toplam ölçek puanının yine kadınlarda anlamlı olarak daha yüksek olduğu ($p=0,001$) görülmüştür (Tablo 5).

Tablo 6 gelir düzeyi grupları arasında yapılan ölçek puanlarına yönelik karşılaştırmaları göstermektedir.

Tablo 6. Ölçek Puanlarının Gelir Düzeyi Bakımından Karşılaştırılması

Değişken	Gelir Düzeyi			
	Üst	Orta	Alt	p-değeri
Beck depresyon	20 (1-48)	17 (1-52)	19 (12-29)	0,696
TSSB	21 (0-46)	15 (0-48)	15 (4-26)	0,082

* $p<0,05$ ** $p<0,01$

Beck depresyon ve TSSB toplam ölçek puanları bakımından gelir düzeyi grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (sırasıyla $p=0,696$; $p=0,082$) (Tablo 6).

Tablo 7 medeni durum grupları arasında yapılan ölçek puanlarına yönelik karşılaştırmaları göstermektedir.

Tablo 7. Ölçek Puanlarının Medeni Durum Bakımından Karşılaştırılması

Değişken	Medeni Durum			
	Bekar	Evli	Dul	p-değeri
Beck depresyon	19 (2-52)	17 (1-50)	26 (11-41)	0,186
TSSB	18 (2-48)	16 (0-45)	17 (3-46)	0,492

* $p<0,05$ ** $p<0,01$

Beck depresyon ve TSSB toplam ölçek puanları bakımından medeni durum grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (sırasıyla $p=0,186$; $p=0,492$) (Tablo 7).

Tablo 8 kaybedilen kişi ile yakınlık derecesinin farklılaştığı gruplar arasında yapılan ölçek puanlarına yönelik karşılaştırmaları göstermektedir.

Tablo 8. Ölçek Puanlarının Kaybedilen Kişi ile Yakınlık Derecesi Bakımından Karşılaştırılması

Değişken	Yakınlık Derecesi			
	1.Dereceden yakınlar	2.Dereceden Yakınlar	1. ve 2. Dereceden Yakınlar	p-değeri
Beck depresyon	19 (1-52)	15 (1-35)	32 (18-42)	0,001
TSSB	19 (0-48)	9 (0-38)	17 (0-48)	0,008

Beck depresyon ve TSSB toplam ölçek puanları bakımından kaybedilen kişi ile yakınlık derecesinin farklı olduğu gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş ve gruplar ikili olarak karşılaştırılmıştır. 1. Grup ve 2. Grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Beck depresyon ve TSSB toplam ölçek puanları, 1. Grupta 2. Gruba göre anlamlı olarak daha yüksektir (sırasıyla $p=0,001$ ve $p<0,003$). 1. Grup ve 3. Grup arasında Beck depresyon ve TSSB puanı bakımından anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (sırasıyla $p=0,239$, $p=0,599$). 2. Grup ve 3. Grup arasında Beck depresyon puanı bakımından anlamlı bir farklılık bulunmuşken ($p=0,005$), TSSB puanı bakımından anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=0,089$) (Tablo 8).

Tablo 9 kaybedilen kişinin ölüm şeklinin farklılaştığı gruplar arasında yapılan ölçek puanlarına yönelik karşılaştırmaları göstermektedir.

Tablo 9. Ölçek Puanlarının Kaybedilen Kişinin Ölüm Şekli Bakımından Karşılaştırılması

Değişken	Beklenmedik-Ani	Beklendik- Sıralı	p-değeri
Beck depresyon	19 (1-52)	16,5(1-32)	0,046
TSSB	18 (0-48)	9,5 (0-37)	0,038

*p<0,05 **p<0,01

Beck depresyon ve TSSB toplam ölçek puanları bakımından ölüm şekli beklenmedik-ani ve beklendik-sıralı olan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Ölüm şekli beklenmedik-ani olanlarda Beck depresyon ve TSSB toplam ölçek puanları anlamlı olarak daha yüksektir (sırasıyla p=0,046 p=0,038) (Tablo 9).

Tablo 10 kaybedilen kişinin cenaze töreninin gerçekleştirilebilme durumu bakımından farklılaştığı gruplar arasında yapılan ölçek puanlarına yönelik karşılaştırmaları göstermektedir.

Tablo 10. Ölçek Puanlarının Cenaze Töreninin Gerçekleştirilebilme Durumu Bakımından Karşılaştırılması

Değişken	Cenaze töreni var	Cenaze töreni yok	p-değeri
Beck depresyon	7(1-35)	18(0-46)	0,036
TSSB	12(0-38)	19(4-44)	0,038

*p<0,05 **p<0,01

Beck depresyon ve TSSB toplam ölçek puanları bakımından cenaze töreni varlığı ve cenaze töreni yokluğu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ve cenaze töreninin gerçekleştirilemediği grupta Beck depresyon ve TSSB puan ortalaması daha yüksektir (sırasıyla p=0,036; p=0,038) (Tablo 10).

Tablo 11 kaybedilen kişinin cenaze törenine yakınları tarafından katılım sağlayabilmenin farklılaştığı gruplar arasında yapılan ölçek puanlarına yönelik karşılaştırmaları göstermektedir.

Tablo 11. Ölçek Puanlarının Katılımcıların Cenaze Törenine Katılım Sağlayabilme Durumu Bakımından Karşılaştırılması

Değişken	Cenaze törenine katılım var	Cenaze törenine katılım yok	p-değeri
Beck depresyon	29(6-52)	16(1-48)	0,001
TSSB	25(2-48)	15(0-46)	0,001

*p<0,05 **p<0,01

Beck depresyon ve TSSB toplam ölçek puanları bakımından cenaze törenine katılım sağlayabilen ve cenaze törenine katılım sağlamayan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ve cenaze törenine katılmayan grubun Beck depresyon ve TSSB puan ortalaması daha yüksektir (sırasıyla p=0,001; p=0,001) (Tablo 11).

Tablo 12 taziyeye gelen kişi sayısının farklılaştığı gruplar arasında yapılan ölçek puanlarına yönelik karşılaştırmaları göstermektedir.

Tablo 12. Ölçek Puanlarının Taziyeye Gelen Kişi Sayısı Bakımından Karşılaştırılması

Değişken	Hiç gelen yok	Çok az gelen var	Orta derecede gelen var	Çok gelen var	p-değeri
Beck depresyon	18(1-44)	23(4-48)	17(6-52)	18(1-50)	0,550
TSSB	15(0-46)	21(0-45)	12(2-48)	19(0-43)	0,264

*p<0,05 **p<0,01

Beck depresyon ve TSSB toplam ölçek puanları arasında taziyeye gelen kişi sayısı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (sırasıyla p=0,550; p=0,264) (Tablo 12).

Tablo 13 kayıp yaşayan kişilerin yas süresinin farklılaştığı gruplar arasında yapılan ölçek puanlarına yönelik karşılaştırmaları göstermektedir.

Tablo 13. Ölçek Puanlarının Yas Süresi Bakımından Karşılaştırılması

Değişken	6 aydan daha kısa	6 aydan daha uzun	Devam ediyor	Genel	p-değeri
Beck depresyon	13(1-32)	25(7-37)	26(1-52)	18(1-52)	0,001
TSSB	8(0-37)	20(2-42)	22(0-48)	17(0-48)	0,001

*p<0,05 **p<0,01

Beck depresyon ve TSSB toplam ölçek puanları bakımından, yas süresi grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (her ikisi için de p=0,001). Gruplar ikili olarak karşılaştırıldığında, yas süresi 6 aydan daha kısa ve 6 aydan daha uzun olanlar arasında hem Beck depresyon hem de TSSB puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (her ikisi için de p=0,008). Yas süresi 6 aydan daha kısa olanlar ve yas süreci devam edenler arasında hem Beck depresyon hem de TSSB puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (her ikisi için de p<0,001). Yas süresi 6 aydan daha uzun olanlar ve yas süreci devam edenler arasında ise Beck depresyon ve TSSB puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (sırasıyla p=0,510; p=0,407) (Tablo 13).

Tablo 14 kaybedilen kişi ile kayıp yaşayan kişilerin ilişki niteliğinin farklılaştığı gruplar arasında yapılan ölçek puanlarına yönelik karşılaştırmaları göstermektedir.

Tablo 14. Ölçek Puanlarının Kaybedilen Kişi ile İlişki Niteliği Bakımından Karşılaştırılması

Değişken	İyi bir ilişkiye sahip olma	Orta düzeyde iyi bir ilişkiye sahip olma	p-değeri
Beck depresyon	18,5(1-52)	19,5(5-41)	0,895
TSSB	17(0-48)	19(0-46)	0,656

*p<0,05 **p<0,01

Beck depresyon ve TSSB toplam ölçek puanları bakımından kaybedilen kişi ile iyi bir ilişkiye sahip olma ve orta düzeyde iyi bir ilişkiye sahip olma grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (sırasıyla $p=0,895$; $p=0,656$) (Tablo 14).

Tablo 15 kayıp yaşayan kişilerin sosyal destek sağlayabilecekleri yakınları ile görüşme imkânının farklılaştığı gruplar arasında yapılan ölçek puanlarına yönelik karşılaştırmaları göstermektedir.

Tablo 15. Ölçek Puanlarının Sosyal Destek Sağlayabilecek Yakınlar ile Görüşme İmkânı Bakımından Karşılaştırılması

Değişken	Yakınlar ile görüşme imkânı yok	Yakınlar ile görüşme imkânı çok az	Yakınlar ile görüşme imkânı orta düzeyde	Yakınlar ile görüşme imkânı çok fazla	p-değeri
Beck depresyon	13(1-35)	24,5(7-42)	23(1-52)	13(1-35)	0,001
TSSB	8(0-38)	28,5(6-39)	19(0-48)	8(0-38)	0,001

* $p<0,05$ ** $p<0,01$

Beck depresyon ve TSSB toplam ölçek puanlarının sosyal destek sağlayabilecek yakınlar ile görüşme imkânı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ve sosyal destek sağlayabilecek yakınlar ile görüşme imkânı olmayan grupta Beck depresyon ile TSSB puanları en yüksektir. Gruplar ikili olarak karşılaştırıldığında, yakınlar ile görüşme imkânı olmayan ve yakınlar ile görüşme imkânı çok az olanlar arasında, hem Beck depresyon hem de TSSB puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (her ikisi için de $p=0,008$). Yakınlar ile görüşme imkânı olmayan ve yakınlar ve yakınlar ile görüşme imkânı orta düzeyde olan hem Beck depresyon hem de TSSB puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (her ikisi için de $p<0,001$). Yakınlar ile görüşme imkânı çok az olanlar ve yakınlar ile görüşme imkânı orta düzeyde olanlar arasında da Beck depresyon ve TSSB puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır

(her ikisi için de $p<0,001$). Yakınlar ile görüşme imkânı orta düzeyde olanlar ve yakınlar ile görüşme imkânı çok fazla olanlar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur (sırasıyla $p=0,512$; $p=0,608$) (Tablo 15).

Tablo 16 kayıp yaşayan kişilerin alkol tüketiminde artma durumunun farklılaştığı gruplar arasında yapılan ölçek puanlarına yönelik karşılaştırmaları göstermektedir.

Tablo 16. Ölçek Puanlarının Alkol Tüketiminde Artış Durumu Bakımından Karşılaştırılması

Değişken	Alkol tüketiminde artış var	Alkol tüketiminde artış yok	p-değeri
Beck depresyon	19,5(15-38)	18(1-52)	0,117
TSSB	23(6-38)	16(0-48)	0,070

* $p<0,05$ ** $p<0,01$

Beck depresyon ve TSSB toplam ölçek puanının alkol tüketiminde artma durumu bakımından gruplar arasında karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (sırasıyla $p=0,117$; $p=0,070$) (Tablo 16).

Tablo 17 kayıp yaşayan kişilerin sigara tüketiminde artma durumunun farklılaştığı gruplar arasında yapılan ölçek puanlarına yönelik karşılaştırmaları göstermektedir.

Tablo 17. Ölçek Puanlarının Sigara Tüketiminde Artış Durumu Bakımından Karşılaştırılması

Değişken	Sigara tüketiminde artış var	Sigara tüketiminde artış yok	p-değeri
Beck depresyon	29(6-52)	16(1-48)	0,001
TSSB	25(2-48)	15(0-46)	0,001

* $p<0,05$ ** $p<0,01$

Beck depresyon ve TSSB toplam ölçek puanlarının sigara tüketiminde artış durumu bakımından karşılaştırılmasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ve beck depresyon ile TSSB toplam ölçek puanları sigara tüketiminde artış olan grupta sigara tüketiminde artış olmayan gruba göre daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p=0,001$; $p=0,001$) (Tablo 17).

Tablo 18 kayıp yaşayan kişilerin hayatı sonlandırma fikrinin varlığının farklılaştığı gruplar arasında yapılan ölçek puanlarına yönelik karşılaştırmaları göstermektedir.

Tablo 18. Ölçek Puanlarının Hayatı Sonlandırma Fikri Bakımından Karşılaştırılması

Değişken	Hayatı sonlandırma fikri var	Hayatı sonlandırma fikri yok	p-değeri
Beck depresyon	35,5(7-52)	16,5(1-41)	0,001
TSSB	30,5(2-48)	15(0-46)	0,001

* $p<0,05$ ** $p<0,01$

Beck depresyon ve TSSB toplam ölçek puanlarının hayatı sonlandırma fikri bakımından karşılaştırılmasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ve beck depresyon ve TSSB toplam ölçek puanları hayatı sonlandırma fikri olan grupta olmayan gruba göre daha yüksektir (sırasıyla $p=0,001$; $p=0,001$) (Tablo 18).

Tablo 19 kayıp yaşayan kişilerin dini inançlarında değişim düzeyinin farklılaştığı gruplar arasında yapılan ölçek puanlarına yönelik karşılaştırmaları göstermektedir.

Tablo 19. Ölçek Puanlarının Dini İnançlarda Değişim Düzeyi Bakımından Karşılaştırılması

Değişken	Dini inançlarında değişim olmayanlar	Yaşanılan kayıptan sonra dini inançları zayıflayanlar	Yaşanılan kayıptan sonra dini inançları güçlenenler	Dini inançları olmayanlar	p-değeri
Beck depresyon	13(1-35)	24,5(7-42)	23(1-52)	20(15-38)	0,001
TSSB	8(0-38)	28,5(6-39)	19(0-48)	17(10-37)	0,001

* $p<0,05$ ** $p<0,01$

Beck depresyon ve TSSB toplam ölçek puanının dini inançlarda değişim düzeyi bakımından karşılaştırılmasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (her ikisi için de $p=0,001$). Gruplar ikili olarak karşılaştırılmıştır. Beck depresyon ve TSSB toplam ölçek puanları, 2. grupta 1. gruba göre anlamlı olarak daha yüksekti (sırasıyla $p=0,001$ ve $p<0,001$). 3. grupta 1. gruba göre anlamlı olarak daha yüksekti (sırasıyla $p=0,001$ ve $p=0,007$). 1. Grup ile 4. Grup arasında Beck depresyon puanı bakımından anlamlı fark varken ($p=0,016$), TSSB puanı bakımından yoktur ($p=0,117$). Grup 2 ve grup 3 arasında Beck depresyon ve TSSB toplam ölçek puanları açısından anlamlı fark yoktur (sırasıyla $p=0,756$; $p=0,208$). Grup 2 ve grup 4 arasında Beck depresyon ve TSSB toplam ölçek puanları açısından anlamlı fark yoktur (sırasıyla $p=0,871$; $p=0,199$). Grup 3 ve grup 4 arasında Beck depresyon ve TSSB toplam ölçek puanları açısından anlamlı fark yoktur (sırasıyla $p=0,986$; $p=0,760$) (Tablo 19).

Tablo 20 demografik özellikler bakımından farklılaşan gruplar arasında yapılan ölçek puanlarına yönelik karşılaştırmaları göstermektedir.

Tablo 20. Ölçek Puanlarının Demografik Özellikler Bakımından Karşılaştırılması

Değişkenler	Beck depresyon toplam ölçek puanı		TSSB toplam ölçek puanı	
	r	p	r	p
Yaş	-0,034	0,751	-0,08	0,45
Eğitim düzeyi	-0,061	0,566	-0,07	0,508
Maneviyat düzeyi	-0,056	0,595	-0,088	0,407

* $p<0,05$ ** $p<0,01$

Beck depresyon ve TSSB toplam ölçek puanlarının yaş, eğitim düzeyi ve maneviyat düzeyi gibi bazı demografik özellikler bakımından karşılaştırılmasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır (sırasıyla $p=0,751$; $p=0,45$; $p=0,566$; $p=0,508$; $p=0,595$; $p=0,407$) (Tablo 20).

Tablo 21 kaybedilen kişinin ölüm yaşının farklılaştığı gruplar arasında yapılan ölçek puanlarına yönelik karşılaştırmaları göstermektedir.

Tablo 21. Ölçek Puanlarının Kaybedilen Kişinin Ölüm Yaşı Bakımından Karşılaştırılması

Değişkenler	Beck depresyon toplam ölçek puanı		TSSB toplam ölçek puanı	
	r	p	r	p
Kaybedilen kişinin ölüm yaşı	-0,169	0,108	-0,224*	0,032

*p<0,05 **p<0,01

Beck depresyon ve TSSB toplam ölçek puanlarının kaybedilen kişinin ölüm yaşı bakımından karşılaştırılmasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ve kaybedilen kişinin ölüm yaşının en küçük olduğu grupta depresyon ve TSSB toplam ölçek puanları daha yüksektir (p=0,032) (Tablo 21).

Tablo 22 taziyeye gelen kişi sayısının farklılaştığı gruplar arasında yapılan ölçek puanlarına yönelik karşılaştırmaları göstermektedir.

Tablo 22. Ölçek Puanlarının Taziyeye Gelen Kişi Sayısı Bakımından Karşılaştırılması

Değişkenler	Beck depresyon toplam ölçek puanı		TSSB toplam ölçek puanı	
	r	p	r	p
Taziyeye gelen kişi sayısı	-0,058	0,582	-0,128	0,224

*p<0,05 **p<0,01

Beck depresyon ve TSSB toplam ölçek puanlarının taziyeye gelen kişi sayısı bakımından karşılaştırılmasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır (p=0,224) (Tablo 22).

5. TARTIŞMA ve SONUÇ

Bu çalışmada COVID-19'a bağlı olarak yakınlarını kaybeden bireylerin depresyon ve TSSB düzeylerinin bazı değişkenler bakımından nasıl bir farklılaşma gösterdiği ve depresyon ile TSSB düzeylerinin birbiri ile olan ilişkisi araştırılmaktadır. Araştırmada COVID-19'a bağlı olarak yakınlarını kaybeden bireylerin depresyon ve TSSB düzeylerinin ölçülmesi için 2 adet ölçek (Beck Depresyon Ölçeği, Travmatik Stres Belirti Ölçeği) kullanılmıştır ve ankete toplamda 92 kişi katılmıştır. Anket sonucunda elde edilen bilgiler doğrultusunda ulaşılan sonuçlar aşağıdaki gibidir;

- Çalışmaya katılanların toplam 92 bireyin 65'i kadın (%70,7), 27'si erkek (%29,3)'tir.
- Beck Depresyon ve TSSB toplam ölçek puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon bulunmaktadır.
- Cinsiyet grupları arasında yüksek depresyon ve TSSB belirtileri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Beck Depresyon ve TSSB toplam ölçek puanlarının her ikisi de kadınlarda anlamlı olarak daha yüksektir.
- Eğitim seviyesi farklı olan gruplar arasında yüksek depresyon ve TSSB belirtileri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.
- Maneviyat düzeyi farklı olan gruplar arasında yüksek depresyon ve TSSB belirtileri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.
- Gelir düzeyi farklı olan gruplar arasında yüksek depresyon ve TSSB belirtileri açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.
- Medeni durumu farklı olan gruplar arasında yüksek depresyon ve TSSB belirtileri açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.
- Kaybedilen kişinin ölüm yaşının farklı olduğu gruplar arasında yüksek depresyon ve TSSB belirtileri açısından anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ve kaybedilen kişinin ölüm yaşı arttıkça TSSB ve depresyon toplam ölçek puan ortalaması azalmaktadır.

- Kaybedilen kişinin ölüm şeklinin farklı olduğu gruplar arasında yüksek depresyon ve TSSB belirtileri açısından anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ve ölüm şekli beklenmedik-ani olan grupta depresyon ile TSSB toplam ölçek puan ortalaması daha büyüktür.

- Kaybedilen kişi ile yakınlık derecesinin farklı olduğu gruplar arasında yüksek depresyon ve TSSB belirtileri açısından anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ve kaybedilen kişi ile birinci dereceden yakınlığa sahip olan grubun depresyon ile TSSB toplam ölçek puan ortalaması kaybedilen kişi ile ikinci dereceden yakınlığa sahip olan gruba göre daha yüksektir.

- Cenaze töreninin gerçekleştirilebilme durumunun farklı olduğu gruplar arasında yüksek depresyon ve TSSB belirtileri açısından anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ve cenaze töreni gerçekleştirilemeyen grupta depresyon ve TSSB toplam ölçek puan ortalaması daha yüksektir.

- Cenaze törenine katılım sağlayabilme durumunun farklı olduğu gruplar arasında yüksek depresyon ve TSSB belirtileri açısından anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ve cenaze törenine katılım sağlayamayan grupta depresyon ve TSSB toplam ölçek puan ortalaması daha yüksektir.

- Taziye gelen kişi sayısının farklı olduğu gruplar arasında yüksek depresyon ve TSSB belirtileri açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

- Yas süresi uzunluğunun farklı olduğu gruplar arasında yüksek depresyon ve TSSB belirtileri açısından anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ve yas süreci hala devam edenlerin puan ortalaması en fazla iken yas süresinin uzunluğu azaldıkça ortalama azalmaktadır.

- Kaybedilen kişi ile ilişki niteliğinin farklı olduğu gruplar arasında yüksek depresyon ve TSSB belirtileri açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

- Yaşanılan kayıptan sonra sosyal destek sağlayabilecek yakınlarla görüşme imkânının farklı olduğu gruplar arasında yüksek depresyon ve TSSB belirtileri açısından anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ve sosyal destek sağlayabilecek yakınlarla görüşme imkânının hiç olmadığı grupta puan ortalaması en yüksek iken sosyal destek sağlayabilecek yakınlarla görüşme imkânı arttıkça puan ortalaması azalmaktadır.

- Alkol tüketiminde artış düzeyinin farklı olduğu gruplar arasında yüksek depresyon ve TSSB belirtileri açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.
- Sigara tüketiminde artış düzeyinin farklı olduğu gruplar arasında yüksek depresyon ve TSSB belirtileri açısından anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ve sigara tüketiminde artış olan grubun puan ortalaması daha yüksektir.
- Hayatı sonlandırma fikrinin varlığı durumunun farklı olduğu gruplar arasında yüksek depresyon ve TSSB belirtileri açısından anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ve hayatı sonlandırma fikri var olan grubun puan ortalaması daha yüksektir.
- Dini inançlarda değişim yaşanması durumunun farklı olduğu gruplar arasında yüksek depresyon ve TSSB belirtileri açısından anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ve dini inançları yaşanan kayıptan sonra zayıflayan grupta puan ortalaması en yüksek iken dini inançlarda güçlenmeye doğru bir değişiklik yaşandıkça puan ortalaması azalmaktadır.

5.1. Beck Depresyon ve TSSB Ölçeklerinden Alınan Puanların Sosyodemografik Özellikler Bakımından Karşılaştırılması

Çalışmada incelenen değişkenlerden biri olan, kaybedilen kişinin ölüm şeklinin beklenmedik-ani olduğu grupta depresyon ve TSSB toplam ölçek puan ortalaması ölüm şeklinin beklendik-sıralı olduğu gruba göre daha yüksek bulunmuştur. Kanser gibi beklendik bir ölümden sonraki yas sürecinde kayıp gerçekleşmeden önce kişinin yas süreci başlayabilir. Böylece bireyler kayıpla ilgili duyguları deneyimleme ve zamanla daha az travmatize olacak şekilde kayıp sırasında kullandıkları baş etme stratejilerini erkenden başlatacak zamanı yaratma fırsatını yakalayabilirler (Cummings, 2015). Bireyler kayıp haberini aldıkları ilk an olayın gerçekliği ile yüzleşmeye çalışırlar ve ölümün beklenmedik-ani olduğu ve ihtimal verilmediği zamanlarda bu haberi kabullenmek oldukça zor bir durumdur. Tüm bunlar da beklendik ölümlerdekinin aksine, yas sürecinin yoğunluğunun artmasına ve depresyona neden olabilmektedir. Beklenmeyen ölüm, yas tepkilerini, karmaşık yas ve depresyonu artırır (Tang, & Xiang, 2021; Zara, 2019). Tang, & Xiang (2021) tarafından yapılan araştırmada, bu çalışmadaki bulgularla tutarlı bir şekilde, beklenmedik ölüm yaşayan katılımcıların daha fazla yas tepkisi ve depresyon gösterdiği bulunmuştur. Olgun (1999), yaptığı bir çalışmada benzer şekilde ani olarak

nitelendirilen travmatik kayıplar yaşayan bireylerin verdiği yas tepkilerinin doğal ve beklenen kayıpların neden olduğu yas tepkilerinden daha ağır olduğu bulunmuştur. COVID-19' a bağlı gerçekleşen ölümlerin birçoğunun beklenmedik-ani oluşu, virüsün hızlı bir şekilde bulaşması ve çok kısa bir zaman içerisinde çoklu organ yetmezliğine neden olarak yaşamın yitirilmesi ile sonuçlanması hasta yakınları için oldukça travmatik bir deneyimdir. Alanyazındaki bulgular ile tutarlı bir şekilde, bu tarz bir kayıp deneyimine sahip olan bireylerin de yüksek depresyon ve TSSB belirtileri göstermesi kaçınılmaz bir durumdur.

Kadınlarda ruhsal bozuklukların birçoğuna erkeklere göre daha çok rastlandığı bilinmektedir (Linzer ve ark., 1996). Bu çalışmada da alanyazın araştırmasından elde edilen bilgiler ile tutarlı bir şekilde, yakınlarını kaybeden kadın katılımcıların depresyon ve TSSB toplam ölçek puan ortalaması erkek katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu ile benzer şekilde, güncel bir araştırmada, uzamış yas bozukluğu, majör depresif bozukluk, TSSB ve genellenmiş anksiyete bozukluğu eştanısına ilişkin travmatik bir ölüme bağlı yakın kaybı yaşamış bireylerle çalışılmıştır ve araştırmacılar kadın olmak ile geçmiş stres kaynaklarına sahip olmanın tüm bozukluk grupları için sistematik birer yordayıcı oldukları sonucunu elde etmişlerdir (Soydas ve ark., 2021). Keskin, Ünlüoğlu, Bilge, & Yenilmez (2012) tarafından yapılan çalışmada da madde ve alkol kullanımı bozukluğu dışındaki tüm bozukluklara kadınlarda daha sık ve yaygın şekilde rastlandığı bulunmuştur. Duygudurum bozukluklarının kadınlarda daha sık gözlemlenmesi genellikle travmatik olaylara kadınların daha sık maruz kalması, nöroendokrin faktörler ile menapoz gibi durumların depresif bozukluklara zemin hazırlaması ve erkek egemen toplum yapısı ile açıklanmaktadır (Gökalp, 2007; Rihmer, & Angst, 2007).

Çalışmada incelenen değişkenlerden diğer bir tanesi olan, gelir düzeyi farklı olan gruplar arasında yüksek depresyon ve TSSB belirtileri açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. İlgili alanyazın incelendiğinde gelir düzeyi yüksek olan bireylerin yas sürecini daha kolay atlattığına yönelik bulgular elde edilmiştir (Zara, 2011; Kersting, Braehler, Glaesmer, & Wagner, 2011). COVID-19 sürecinin beraberinde getirdiği yüksek işsizlik oranları ile birlikte ekonomik gelirde yaşanan sıkıntılar düşünüldüğünde alanyazından elde edilen bulgular anlamlı gözükmektedir. Ancak bu araştırmadan elde edilen bulgu, alanyazındaki araştırmalarından elde edilen bulgular

ile uyumlu bulunamamıştır. Araştırmada, yüksek depresyon ve TSSB belirtilerinin ekonomik düzeye göre farklılaşmama nedeninin, örneklem dağılımıyla ilişkili olabileceği (%89'u orta ve üst seviyede gelir düzeyine sahip) ve bu nedenle daha sonraki çalışmalarda dağılıma dikkat edilerek bakılmasının daha sağlıklı olacağı düşünülmektedir.

Zaman kavramının yas sürecindeki duygusal yoğunluğa etkisi net olarak bilinmezken, bazı önemli günlerin yası alevlendirebilen bir faktör olabileceği unutulmaması gereken bir gerçektir. Kayıp ile beraber gelen yas tepkileri, doğum günü, bayramlar, yıldönümleri gibi özel ve kaybedilen kişinin eksikliğinin derinden hissedildiği günlerde tekrardan ortaya çıkabilmektedir. Bu çalışmada yas süreci hala devam etmekte olan grubun depresyon ve TSSB toplam ölçek puan ortalaması yas süreci daha kısa sürenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Çubuk (2020), tarafından yasin süresinin uzamasının semptomların kronikleşmesine ve depresyona dönüşmesine neden olduğu bulgulanmıştır. Benzer şekilde Djelantic, Robinaugh, Kleber, Smid, & Boelen (2018) tarafından travmatik bir olay yaşayan yaşlı yetişkinlerde uzamış yas bozukluğu semptomlarının yaygın olduğu ve depresyon ile TSSB semptomları ile de yakından ilişkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca uzamış yas bozukluğu, depresyon ve TSSB semptomlarının, ayırt edilebilir ancak birbirine yüksek seviyede bağlı olma eğiliminde olduğu da bulunmuştur. Bu bulgular da bireylerde travmatik bir olayı takiben yas sürecinin ve uzamış yas bozukluğunun değerlendirilmesinin önemini göstermektedir.

Ölüm, bir bağın kopuşunu ifade etmektedir. Sosyal bir varlık olan insanın sahip olduğu bu bağlar, kişilerin yaşamında büyük ve önemli bir yere sahiptir. COVID-19 gibi bir ölüme bağlı olarak yaşanan kayıp durumlarında, virüsün yarattığı bulaş endişesi ile birlikte cenaze törenlerinin gerçekleştirilmesi ve taziye gibi sosyal destek sağlanabilecek ritüellere kısıtlama ve hatta yasak getirilmesi sebebiyle kayıp yaşayan bireyler alabilecekleri sosyal desteğin yüksek bir oranından mahrum kalmışlardır. Sosyal desteğin hem fiziksel hem de ruhsal sağlığımız üzerinde olumlu etkileri bulunmaktadır. Bu çalışmada da alanyazın ile tutarlı bir şekilde, kayıp yaşantısından sonra sosyal destek sağlayabilecek yakınlarla görüşme imkânı arttıkça depresyon ve TSSB toplam ölçek puan ortalamasının azaldığı bulunmuştur. Sosyal destek ile sağlık arasında pozitif bir ilişki olduğu, yalnızlık ve sosyal destek eksikliğinin ise özellikle

yaşlı bireylerde kayıp yaşantısına uyum sağlamada sorunlara neden olabileceği belirtilmektedir (Ringdal, Jordoy, Ringdal, & Kaasa, 2001). Bir partnerin kaybı, genel olarak sahip olunan geçerli desteğin kaybı, onaylayıcı desteğin kaybı, duygusal desteğin kaybı ve sosyal temas desteğinin kaybı olarak belirtilen alanlarda eksikliklere yol açmaktadır (Stroebe, & Stroebe, 1987). Bu eksiklikler de arkadaş veya aileden gelen sosyal destek ile kısmen giderilebilir. Sosyal destek sayesinde kayıp yaşayan bireyin yalnız bir gelecekle baş başa kalmak ve zorluklar ile tek başına mücadele etmek zorunda olmadığı ve yakınlarının desteğini isteyebileceğinin farkındalığı sağlanmış olur. Tüm bunlar sayesinde de kayıp yaşayan bireyler yas sürecinin getirdiği olumsuzluklarla daha kolay baş edebilirler. Alanyazında, sosyal destek ve dini inanç gibi faktörlerin kayıp yaşantısını şekillendirmede oldukça etkili faktörler olduğu bulunmuştur (Becker ve ark., 2007; Ott, 2007). Sosyal desteğin kayıp sonrası yaşanan depresyon gibi ruhsal bozukluklar üzerinde olumlu etkileri konusunda araştırmaların birçoğunda fikir birliği bulunmaktayken sosyal desteğin yas süreci üzerindeki etkileri hakkında çelişkili fikirler bulunmaktadır. Yas sürecindeki bireylerin algıladıkları sosyal destek ile kaygı ve depresyon semptomları arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada algılanan sosyal destek ile kaygı ve depresyon puanları arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur (Jacobson, Lord, & Newman, 2017). Stroebe, Zech, Stroebe, & Abakoumkin (2005) tarafından, yakınlarını kaybetmiş kişiler ile yapılan bir başka çalışmada da, sosyal desteğin depresyon üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu ve depresyonu azalttığı bulunmuştur.

Yas çalışmalarında kayıp yaşayan kişilerin, yas sürecinin bir belirleyicisi olarak ölen kişi ile sahip olduğu ilişkinin niteliği araştırılan bir konudur. Bu çalışmada kaybedilen kişi ile sahip olunan ilişkinin niteliğinin farklı olduğu gruplar arasında yüksek depresyon ve TSSB belirtileri açısından anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Bu bulgu alanyazındaki bazı bulgular ile uygunluk göstermektedir. Örneğin, Stroebe, Abakoumkin, & Stroebe (2010) yaptıkları çalışmada sosyal desteğin depresyon ve genel yas tepkilerini azalttığını ancak sosyal ilişki niteliğinin depresyon ve genel yas tepkilerini azaltmada herhangi bir etkisinin bulunmadığını ifade etmişlerdir. Ancak bazı çalışmalarda ise kaybedilen kişi ile ilişki niteliğinin depresyon, TSSB gibi ruhsal bozukluklar ve yas süreci ile yakından ilişkili olduğu belirtilmektedir. Kaybedilen kişi ile yakın bir ilişkiye sahip olan kişilerin, diğer kayıplara göre yas tepkilerini daha

şiddetli gösterdikleri bulunmuştur (Fulton, & Owen, 1971; Aktaran: Parkes, 1988). Kaybedilen kişi ile çatışmalı bir ilişkiye sahip olan kişilerin ise yas süreci, çözümlenebilmesi açısından daha güç bir süreç olarak gözükmektedir. Bourke (1984) kişilerin yakınlarının ölüm ihtimali ile yüzleştikleri andan itibaren ölüm gerçekleşene kadar çatışmalı ilişkilerini çözümlmek için vakitleri olduğunu ancak beklenmedik-ani bir ölümle yüzleştiklerinde ise ilişkilerini zaman kısıtlaması olmaksızın tek başına çözümlenmesi gereken bir durum haline getirdiklerini ifade etmektedir. Bu çalışmada alanyazın araştırmalarındaki bu bulgu ile çelişir bir nitelik taşıyan sonuca göre, kaybedilen kişi ile sahip olunan ilişki niteliğinin, depresyon ve TSSB düzeyini anlamlı şekilde açıklamadığı bulunmuştur. Demografik bilgi formundan elde edilen sonuçlara göre, kaybedilen kişi ile sahip olunan ilişki niteliğinin nasıl olduğu sorusuna hiçbir katılımcının ‘‘kötü’’ olarak cevap vermemesinden yola çıkarak formun yüz yüze uygulanıyor olmasının katılımcılar üzerinde olumlu yönde cevap verme zorunluluğu yaratmış olabileceği düşünülebilir. Gelecekteki araştırmaların bu etkiyi göz önünde bulundurarak online olarak uygulanan anketlere ağırlık vermesi sağlanılabilir.

Kayıp yaşayan bireyler, kaybedilen kişinin hayatında daha görebileceği birçok an olduğu düşüncesine takılmaktadırlar. Ölen kişinin yaşının görece genç olması, bu görebileceği anların ihtimalini de artırmaktadır. Alanyazında ölüm yaşı hakkında yapılmış birçok araştırma ölüm yaşı azaldıkça yas belirtilerinin ve psikolojik rahatsızlıkların arttığına dair bir sonuç ortaya koymaktadır (Reed, 1998). Alanyazındaki bulgular ile tutarlı bir şekilde bu çalışmanın bulguları da kaybedilen kişinin ölüm yaşının depresyon ve TSSB şiddetini negatif yönde ve anlamlı bir şekilde açıkladığını göstermiştir.

Çalışmada incelenen değişkenlerden dini inançlarda değişim gerçekleşme durumunun farklı olduğu gruplar arasında yüksek depresyon ve TSSB belirtileri açısından anlamlı bir farklılık bulunmuştur ve dini inançları yaşanan kayıptan sonra zayıflayan grupta puan ortalaması en yüksek iken dini inançlarda güçlenmeye doğru bir değişiklik yaşandıkça puan ortalaması azalmaktadır ancak maneviyat düzeyi farklı olan gruplar arasında yüksek depresyon ve TSSB belirtileri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Dini inançların stres verici yaşam olaylarıyla başetme sürecinde sıklıkla kullanıldığı bilinmektedir (McIntoch, Silver, & Wortman, 1993). Genellikle birçoğu dinde, ölümün sonsuz bir yaşamın başlangıcı

olduğuna dair temel bir inanış bulunmaktadır. Bu inanış da ölümün algılanış şeklini, anlamlandırılmasını etkilemekte ve kayıp ile başetme sürecini kolaylaştırmaktadır. Bireyler dini inançları sayesinde, güçlü bir maneviyat hissine sahip olarak hayatın içerisindeki çeşitli zorluklar karşısında mücadele edebilme gücü bulabilmekte, stres ve depresyon gibi ruhsal bozukluklardan kendisini koruyabilmektedir (Cüceloğlu, 1993). Yakınlarını farklı nedenlere (intihar, hastalık, kaza, cinayet vb.) bağlı olarak kaybeden kişilerle yapılan araştırmalar da mevcut çalışma bulgularını desteklemektedir. Çocuđunu kaybetmiş anne ve babalar ile yapılan bir araştırmada, dini inançların ve dini törenlerin bilişsel süreçleri hızlandırdığı, kişinin kaybı anlamlandırmasına ve kaybın kabul edilmesine yardımcı olduğu, kişiye sosyal bir destek sağladığı ve tüm bunların sonucunda da kayıp sürecindeki uyumu kolaylaştırdığı bildirilmiştir (Bohannon, 1991; McIntoch ve ark., 1993). Çalışmada, sahip olunan maneviyat düzeyinin farklı olduğu gruplar arasında yüksek depresyon ve TSSB belirtileri açısından farklılık bulunamamış olması ancak, yaşanan kayıptan sonra dini inançlarda değişim gerçekleşme durumunun farklı olduğu gruplar arasında yüksek depresyon ve TSSB belirtileri açısından anlamlı bir farklılık bulunmuş olması, insanların yaşadığı kötü bir olayın ardından Tanrı'nın iyiliğine, koruyuculuğuna ve kudretine ilişkin inançlarını sorgulaması ve travmatik yaşantı ile Tanrı'ya veya dine dair önceki inançları uzlaştırma çabası bu inançları yeniden yapılandırmayı ve anlam yaratmayı sağlayarak travma sonrası gelişimi desteklemesi ile açıklanabilir (Pargament, Desai, & McConnell, 2006; Garcia, Pérez-Rovira, Zurtia, Martel, & Reyes 2014; Gerber, Boals, & Schuettler, 2011). Ölümlü bir varlık olduğuuna dair farkındalığı artan birey, ölümden sonraki yaşam için kendisini hazırlamaya ihtiyaç duyabilir. Bireylerin bu süreçte dini faaliyetlere gösterdiği ilgi artabilir ve Tanrı'ya yönelebilirler. Travma sonrası gelişimin de unsurlarından birisi olan dini ve manevi yaşantılarında olumlu yönde bir değişim gerçekleşebilir. Bu çalışmadaki bulgular ile benzer şekilde, Sami (2021) tarafından COVID-19'a bağlı olarak yakınlarını kaybeden bireyler ile gerçekleştirilen bir çalışmada, katılımcılar ölümü daha derinden hissettiklerini; “Ölümün ne kadar yakın olduğunu anladım” ve “Ölümün her an ve her yerde olabileceğini anladım” şeklinde ifade etmişlerdir. Sonuç olarak, çalışmaya katılan bireyler, maneviyat düzeylerine ilişkin soruya kayıp öncesindeki olağan yaşantılarını düşünerek; yaşadıkları kayıp sonrası dini inançlarında gerçekleşmenin ne

yönde olduğu sorusuna ise olağan yaşantılarının ötesinde nasıl bir değişim yaşadıklarını düşünerek cevap vermiş olabilirler.

Kayıp sonrası bireylerin baş etme sürecine katkı sağlayan faktörlerden birisi de defin ve cenaze törenidir (Işık, 2015). Cenaze töreninde dini ritüellerin yerine getirilmesi ve ölen kişinin toprağa verilme anına şahit olmak geride kalan yakınlar için ölümün anlamlandırılması, kabul edilmesi ve acının paylaşılması gibi önemli katkılar sağlamaktadır (Yapıcı, 2007). Bir yakının COVID-19'a bağlı olarak vefat etmesiyle cenaze törenlerine katılımdaki kısıtlama, evde taziye ziyaretine kabul edememe, kültürel ve dini ritüellerin gerçekleştirilemiyor olması yas tepkilerinin ve depresyon ile TSSB gibi ruhsal bozuklukların artmasına yol açmaktadır. Cenaze törenine katılım, vefat eden kişiyi yıkamak, tabutu sırtlanmak, ölen kişinin üzerine toprak atmak ve eve taziye gitmek gibi faaliyetler geride kalan kişinin kendi yasını tamamlaması, vefat eden kişiyle vedalaşmasını sağladığı için ruh sağlığımız açısından önemlidir (Burrell, & Selman, 2020). Bu çalışmada, cenaze töreninin gerçekleştirilebilmesi ve cenaze törenine katılım sağlayabilme durumunun farklı olduğu gruplar arasında yüksek depresyon ve TSSB belirtileri açısından anlamlı bir farklılık bulunmuştur ve cenaze töreninin gerçekleştirilemediği durumlar ile cenaze törenine katılımın sağlanamadığı durumlarda depresyon ve TSSB puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Sami (2021) tarafından COVID-19 nedeniyle yakınlarını kaybeden bireylerde yas sürecinin incelendiği bir araştırmada, COVID-19 nedeni ile ölümden önce sevdikleri insanlarla son bir defa görüşemeyen bazı katılımcılar, bu durumu “Ölmüş gibi hissettirmiyor”, “Çok içimi acıttı” şeklinde ifade etmişlerdir, buradan da anlaşıldığı üzere bu durumun ölümü kabullenmeyi zorlaştırdığı ve katılımcılar için üzüntü verici olduğu görülmektedir.

5.2. Depresyon ve TSSB Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlara göre COVID-19'a bağlı olarak yakın kaybı deneyimleme durumu ile yüksek düzeyde depresyon ve TSSB belirtileri arasında pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Aynı zamanda yüksek düzey depresyon ve yüksek düzey TSSB belirtileri arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon bulunmaktadır. Alanyazın incelendiğinde, etkili bir aşısı veya tedavisi olmaksızın bilinmeyen bir enfeksiyon salgınının neden olduğu, bireysel ve toplum temelli akut ve kronik etkileri

bakımından travmatik bir deneyim olarak tanımlanabilecek COVID-19 pandemisi, bireylerin özgürlük, sosyallik, iş, gelir gibi birçok önemli kaybının yanında en önemlisi olarak da sevdiklerini kaybetmelerine neden olmaktadır. COVID-19'a bağlı olarak sevdiklerini kaybetme deneyimi içerisinde birçok travmatik ve depresyona yol açabilecek unsur barındırmaktadır. Bu unsurlar genellikle kaybedilen kişi ile vedalaşmak, son görevleri yerine getirmek, cenaze töreni düzenlenememesi, mezarlık ziyaretlerinin engellenmesi, taziyelerin yapılamaması, sosyal destekten mahrum kalmak gibi faktörleri içermektedir. Tüm bu engellenmeler de yaşlı bireyler üzerinde suçluluk yaratarak depresyona neden olmaktadır. COVID-19 sürecinin içerdiği zorlu koşullarda yakınlarını kaybeden bireyler için kayıp deneyimi, oldukça travmatik olmaktadır. Dünya genelinde yaşanan bu travmatik durumun milyonlarca insanı yoğun bir yas süreci ve depresyonun içine soktuğu görülmektedir (Çubuk, 2020). Bu durumda, bu çalışmadan elde edilen COVID-19' a bağlı olarak yakınlarını kaybeden bireylerde yüksek depresyon ve TSSB belirtilerinin gözlemlenmesinin açıklaması olabilir. Alanyazın taramasından elde edilen sonuçlara göre, bu çalışmanın sonucu ile benzer şekilde, travmatik kayıp yaşayan kişilerde TSSB ile depresyon belirtileri arasında çift yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur ayrıca TSSB ile depresyon belirtileri arasındaki bu ilişki, yalnızca travmatik kayıp yaşayan kişilerde değil stresli yaşam olaylarına maruz kalan kişilerde de bulunmuştur (Cheng, Liang, Fu, & Liu, 2018; Horesh, Lowe, Galea, Uddin, & Koenen, 2015). Ayrıca Morina, von Lersner, & Prigerson (2011) tarafından Kosova savaşı sırasında babaları öldürülen yaşlı gençlerle yapılan bir çalışmada da, gençlerin majör depresyon epizodlarına ek olarak TSSB epizodu da yaşamakta olduğu bulunmuştur.

Bu çalışmanın sonuçları, medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyi, maneviyat düzeyi, kaybedilen kişi ile ilişki niteliği, taziye gelen kişi sayısı, alkol tüketiminde artış gibi değişkenlerin yüksek depresyon ve TSSB belirtilerini açıklamada anlamlı bir etkisi bulunmadığını ancak; cinsiyet, kaybedilen kişinin ölüm yaşı, kaybedilen kişinin ölüm şekli, kaybedilen kişi ile yakınlık derecesi, cenaze töreninin gerçekleştirilebilmesi, cenaze törenine katılım, yas süresinin uzunluğu, sosyal destek sağlayan yakınlar ile görüşme fırsatı, sigara tüketiminde artış, sahip olunan hayatı sonlandırma fikri ve dini inançlarda gerçekleşen değişim gibi değişkenlerin ise yüksek depresyon ve TSSB belirtilerini açıklamada anlamlı bir etkisinin bulunduğunu

göstermektedir. Ayrıca, COVID-19'a bağlı olarak yakın kaybı deneyimleme durumu ile yüksek düzeyde depresyon ve TSSB belirtileri arasında pozitif yönlü bir ilişki ve yüksek düzeyde depresyon ve yüksek düzeyde TSSB belirtileri arasında ise pozitif yönde anlamlı bir korelasyon bulunmuştur.

COVID-19 pandemisinin başlamasıyla, genellikle tüm dünyada hükümetler tarafından önlemler alınmış ve yeni alınan kararlarla beraber bireylerin hayatında ani ve bir o kadar da ciddi değişiklikler meydana gelmiştir. Bu süreç, belirli yasakların ve davranış kısıtlamalarının varlığı, yaşamsal alışkanlıklardan ve konfordan uzak olması sebebiyle bireylerin ruh sağlığı üzerinde yaşanan olumsuzlukları ve çeşitli psikososyal zorlukları beraberinde getirmiştir. Sevilen bir kişinin ölümü, aile üyelerinin genellikle yoğun bir yas yaşadığı en travmatik yaşam döngüsü olayı olarak kabul edilmektedir (Pietkiewicz, 2012). Buna göre, bireyler için zaten başatması oldukça zor bir deneyim olan kayıp yaşantısı, pandemi sürecine ait zorlu koşullarda deneyimlendiğinde çok daha farklı zorluklar ile mücadele etmeyi gerektirmektedir. Bu yüzden dünya genelinde hükümetler tarafından, pandemi süreci ile ilgili, bireylerin salgından etkilenen yakınlarını uygun koşullar altında görebilmesi, cenaze töreninin gerçekleştirilebilmesi ve izolasyon kısıtlamalarının özel durumlara ait düzenlemesinin yapılması gibi daha insancıl uygulamaların geliştirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Kayıp yaşayan kişilere ve aile üyelerine bu tür karmaşık durumlarda tüm hizmetleri sağlayan topluluk üyeleri veya gönüllüleri teşvik edilmelidir. Sivil Toplum Kuruluşları (STK'lar), Kendi Kendine Yardım Grupları (KKYG'ler) ve Yerel komitelerin ön plana çıkarak bu kritik durumda ölmekte olan bireylere ve ailelerine mümkün olan her türlü desteği sağlaması için gerekli koşullar yaratılmalıdır. Sosyal destek psikiyatrik hastalıklar ve sorunlarla baş etmek için çok önemli bir etkidir. Sosyal destek, TSSB ve depresyon arasındaki ilişki hakkında, yetkin kişilerin toplumun her kesimine detaylı bir şekilde bilgilendirme yapmaları ile toplum ruh sağlığını korumak ya da iyileştirmek adına önemli bir adım atılabilir. Aynı zamanda, kayıp yaşantısı olmaksızın pandemi sürecindeki, hastalığın ciddiyeti, sosyal izolasyon, öngörülemezlik, belirsizlik, yanlış bilgilendirme ve stres gibi faktörler bireylerin ruh sağlığını olumsuz etkilemektedir. Pandeminin yol açtığı bu gibi olumsuzlukları azaltmak için sosyal sermayenin ve ruh sağlığı ile ilgili hizmetlerin artırılmasının faydalı olacağı düşünülmektedir.

Çalışmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Bunlardan ilki, depresyon ve TSSB düzeylerinin katılımcıların kendi doldurdıkları ölçekler yoluyla belirlenmiş olmasıdır. İkinci bir sınırlılık ise örneklem sayısının az olmasıdır. Pandemi sebebiyle yakınlarını kaybetmiş daha fazla katılımcı ile yapılacak daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır. Katılımcılara COVID-19 sürecinin içerisinde barındırdığı zorlu koşulların ruh sağlığı üzerindeki yıkıcı etkilerine ve yas deneyimlerine yönelik psikososyal müdahaleler uygulanarak uygulama öncesi ve sonrasının karşılaştırılması yoluyla depresyon ve TSSB seviyelerindeki değişimleri gözlemlemeye yönelik araştırmalar yapılması bu çalışmanın daha da geliştirilmesini sağlayabilir. Çalışmadaki üçüncü sınırlılık olarak, COVID-19'a bağlı kayıplarda işlevsel olmayan yasin ölçülmesi için Lee, & Neimeyer (2022) tarafından oluşturulan Pandemik Yas Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik çalışması (Evren, Evren, Dalbudak, Topcu, & Kutlu, 2022)'nin, bu çalışma tamamlandıktan sonra yapılması nedeni ile katılımcıların yas sürecine dair herhangi bir ölçüm alınamamış olması verilebilir. Gelecek çalışmalar Türkçe geçerlilik çalışması tamamlanmış bu ölçeği kullanarak, yaşanan yas sürecinin, bu çalışmadan elde edilen COVID-19'a bağlı olarak yakınlarını kaybeden bireylerde depresyon ve TSSB düzeylerinin yüksekliğini açıklamada herhangi bir rolü olup olmadığını inceleyebilirler.

6. KAYNAKLAR

- Adhanom Ghebreyesus T. (2020). Addressing mental health needs: an integral part of COVID-19 response. *World Psychiatry*, 19(2), 129-130. doi: 10.1002/wps.20768
- Aguiar, A., Pinto, M., & Duarte, R. (2020). Grief and Mourning during the COVID-19 Pandemic in Portugal. *Acta Med Port.*, 33(9), 543-545. doi: 10.20344/amp.14345
- Ahmed, M. Z., Ahmed, O., Aibao, Z., Hanbin, S., Siyu, L., & Ahmad, A. (2020). Epidemic of COVID-19 in China and associated Psychological Problems. *Asian J. Psychiatr.*, 51, 102092 doi: 10.1016/j.ajp.2020.102092
- Ainsworth, M. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Oxford, England: Lawrence Erlbaum.
- Akıskal, H. S. (2005). Mood disorders: historical introduction and conceptual overview. In B. J. Sadock, & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Alloy, L. B., & Abramson, L. Y. (2007). The adolescent surge in depression and emergence of gender differences: A biocognitive vulnerability-stress model in developmental context. In D. Romer & E. F. Walker (Eds.), *Adolescent psychology and the developing brain: Integrating brain and prevention science* (pp. 284–312) New York: Oxford University Press.
- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (3rd Ed.). Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (4th Ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5th Ed.), Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arik F. Ş. (1991). Selçuklular Zamanında Anadolu'da Veba Salgınları. *Tarih Araştırmaları Dergisi*, 15(26), 27-57.
- Ayktut S., & Ayktut, S. S. (2020). Kovid-19 pandemisi ve travma sonrası stres bozukluğu temelinde sosyal hizmetin önemi. *Toplumsal Politika Dergisi*, 1(1), 56-66.

- Bao, Y., Sun, Y., Meng, S., Shi, J., & Lu, L. (2020). 2019-nCoV epidemic: Address mental health care to empower society. *Lancet*, 22(395), 37-38.
- Baysak, E. (2010). *Acil ve Yoğun Bakım Çalışanlarında Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Stresle Başa Çıkma Tarzları, Tükenmişlik ve İlişkili Etkenler*. [Tıpta Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı], Ankara.
- Beck, A. T., Ward, C., & Mendelson, M. (1961). Beck depression inventory (BDI). *Arch Gen Psychiatry*, 4(6), 561-571.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. (32nd Ed.) University of Pennsylvania Press.
- Becker, G., Xander, C. J., Blum, H. E., Lutterbach, J., Momm, F., Gysels, M., Higginson, I. J. (2007). Do religious or spiritual beliefs influence bereavement? A systematic review. *Palliative Medicine*, 21, 207-217.
- Beck, A. T., & Haigh, E. A. (2014). Advances in cognitive theory and therapy: The generic cognitive model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 1-24.
- Bentzen J. S. (2021). In crisis, we pray: Religiosity and the COVID-19 pandemic. *Journal of economic behavior & organization*, 192, 541-583. <https://doi.org/10.1016/j.jebo.2021.10.014>
- Bildik, T. (2013). Ölüm, kayıp, yas ve patolojik yas. *Ege Tıp Dergisi*, 52(4).
- Bingöl, M. (2020). Katillerin Katili: Salgın Hastalıklar. *Kadim Akademi SBD*, 4(1), 101-105. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/kadimsbd/issue/54134/742910>
- Bleichmar, H. B. (1996). Some subtypes of depression and their implications for psychoanalytic treatment. *The International journal of psycho-analysis*, 77, 935- 961.
- Bohannon, J. R. (1991). Religiosity related the grief levels of bereaved mothers and fathers. *Omega*, 23, 153-9.
- Bolu, A., Erdem, M., & Öznur, T. (2014). Travma Sonrası Stres Bozukluğu. *Anatol J Clin Investig*, 8(2), 98-104.
- Bourke, M. (1984). The Continuum of pre-and post- Breavement Grieving. *British Journal of Medical Psychology*, 57, 121-125.
- Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry*, 48(3), 216-222.
- Brian, N. (2020). Impact of COVID-19 on loss and grief: a personal lens. *British Journal of Community Nursing*, 25(6), 306.

- Burke, L. A., & Neimeyer, R. A. (2013). Prospective risk factors for complicated grief: A review of the empirical literature. In Stroebe, M., Schut, H., Bout, J. V. D. (Eds.), *Complicated grief: Scientific foundations for health care professionals* (pp. 145–161).
- Burke, L. A., Neimeyer, R. A., Bottomley, J. S., & Smigelsky, M. A. (2019). Prospective risk factors for intense grief in family members of veterans who died of terminal illness. *Illness, Crisis & Loss*, 27(3), 147–171.
- Burrell, A., & Selman, L. E. (2020). How do Funeral Practices impact Bereaved Relatives' Mental Health, Grief and Bereavement? A Mixed Methods Review with Implications for COVID-19. *OMEGA-Journal of Death and Dying*. doi: 0030222820941296
- Burstein, A. (1985). Post-traumatic flashbacks, dream disturbances, and mental imagery. *J. Clin. Psychiat.*, 46(9), 374–378.
- Buturak, V. A., Baştırzi, A. D., Yazıcı, A., Yazıcı, K., & Acar, Ş. T. (2011). Comorbid disorders in outpatients with major depressive disorder and their socio demographical aspects. *Journal of Mood Disorders*, 1(1), 7-13.
- Carr, D., Boerner, K., & Moorman, S. (2020). Bereavement in the time of coronavirus: Unprecedented challenges demand novel interventions. *Journal of Aging & Social Policy*, 32(4-5), 425–431. doi: 10.1080/08959420.2020.1764320
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (1999). *Facilitating posttraumatic growth: A clinician's guide*. London: Erlbaum.
- Center for the Study of Traumatic Stress. Psychological Effects of Quarantine During the Coronavirus Outbreak: What Healthcare Providers Need to Know. (2022, 19 Nisan). Retrieved from: https://www.cstsonline.org/assets/media/documents/CSTS_FS_Psychological_Effects_Quarantine_During_Coronavirus_Outbreak_Providers.pdf.
- Cheng, J., Liang, Y., Fu, L., & Liu, Z. (2018). Posttraumatic stress and depressive symptoms in children after the Wenchuan earthquake. *Eur J Psychotraumatol.*, 18, 9(1), 1472992. doi: 10.1080/20008198.2018.1472992
- Chen, Y., Zhou, H., Zhou, Y., & Zhou, F. (2020). Prevalence of self-reported depression and anxiety among pediatric medical staff members during the COVID-19 outbreak in Guiyang, China. *Psychiatry Res.* (pp. 288, 113005). doi: 10.1016/j.psychres. 2020.113005
- Cüceloğlu, D. (1993). *İçimizdeki Çocuk*. (s. 227) Remzi Kitabevi, İstanbul.
- Choi, E. P. H., Hui, B. P. H., & Wan, E. Y. F. (2020), Depression and anxiety in Hong Kong during COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(10), 1-11.
- Corey, G. (2008). *Psikolojik Danışma Kuram ve Uygulamaları* (Ergene, T., Çev.). Ankara: Mentis Yayıncılık.

- Çelik, F. H., & Hocaoglu, Ç. (2016). Major depresif bozukluk tanımı, etiyolojisi ve epidemiyolojisi: Bir gözden geçirme. *Journal of Contemporary Medicine*, 6(1), 51-66.
- Çelik, F., & Gündüz, N. (2020). COVID-19 Pandemisinde Yas. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 23(4), 99.
- Çelik, S. (2006). Yas Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(25), 105-114.
- Çubuk, B. (2020). COVID-19 İLE GELEN KAYIP NESNE, YAS VE DEPRESYON. *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi*, 10 (21), 90-99. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/yalovasosbil/issue/57136/762666>
- Cummings, K. (2015). *Coming to grips with loss: normalizing the grief process*. Rotterdam, Sense Publishers.
- Davidson, J., & Foa, E. (1993). Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond. *Am Psychiatr Press.*, 1(1), 262-262.
- Davidson, J. R. T. (1995). Posttraumatic stress disorder and acute stress disorder. In Kaplan, H. I., & Sadock, B. J., (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, (sixth ed.) Williams & Wilkins, Baltimore.
- Doğan, M. (2018). Üniversite Öğrencilerinin Travma Sonrası Gelişimlerinde İçsel Dinî Motivasyon, Dinî Başa Çıkma, Sabır ve Şükürün Rolü. *Turkish Studies*, 13(25), 207-230. doi: 10.7827/TurkishStudies.14583
- Doğan, O. (2000). Depresyonun epidemiyolojisi. *Duygudurum Dizisi*, 1(1), 29- 38.
- Dürü, Ç. (2006). *Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Travma Sonrası Büyümenin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi ve Bir Model Önerisi*. [Yayınlanmamış doktora tezi, Ankara Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikolojisi Bilim Dalı].
- Djelantic, M. J., Robinaugh, D., Kleber, R. J., Smid, G. E., & Boelen, P.A. (2018). Stressful life events and deliberate self-harm: Exploring the specificity of stressful life events and emotion regulation facets. [A portfolio submitted to The University of Wolverhampton for the Practitioner Doctorate: Counselling Psychology Award: D.Couns.Psych].
- Eşel, E., & Sofuoğlu, S. (2001). Depresyonun nöroendokrinolojisi. *Duygudurum Dizisi*, 3, 132-143.
- Engel, G. L. (1961). Is grief a disease? A challenge for medical research. *Psychosomatic Medicine*, 23(1), 18-22.
- Engin, E., & Ergün, G. (2014). Depresyon. In Çam, O., & Engin, E. (Eds.), *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Bakım Sanatı*. İstanbul Tıp Kitabevi; İstanbul.
- Etkind, S. N., Bone, A. E., Lovell, N., Cripps, R. L., Harding, R., Higginson, I. J., Sleeman, K. E. (2020). The role and response of palliative care and hospice services in epidemics and pandemics: a rapid review to inform practice during

- the COVID-19 pandemic. *Journal of pain and symptom management*, 60(1), e31–e40.
- Ettmann, C. K., Abdalla, S. M., Cohen, G. H., Sampson, L., Vivier, P. M., & Galea, S. (2020). Prevalence of Depression Symptoms in US Adults Before and During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Network Open*, 3(9), 1-12.
- Evren, C., Evren, B., Dalbudak, E., Topcu, M., & Kutlu, N. (2022). Measuring dysfunctional grief due to a COVID-19 loss: A Turkish validation study of the Pandemic Grief Scale. *Death Studies*, 46, 1, 25-33. doi: 10.1080/07481187.2021.1897179
- Foa, E., Michael, K., Paul, S., Meredith, C., & Nader, A. (1998). The Validation of A New Obsessive- Compulsive Disorder Scale: The Obsessive- Compulsive Inventory, *Psychological Assesment*, 10, 206-214.
- Forte, G., Favieri, F., Tambelli, R., & Casagrande, M. (2020). COVID-19 pandemic in the italian population: Validation of a posttraumatic stress disorder questionnaire and prevalence of PTSD symptomatology. *Int J Environ Res Public Health*, 17(11), 1-16. doi:10.3390/ijerph17114151
- Freud, S. (1922). Mourning and melancholia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 56(5), 543-545.
- Galovski, T., & Lyons, J. A. (2004). Psychological sequelae of combat violence: A review of the impact of PTSD on the veteran's family and possible interventions. *Aggression And Violent Behavior*, 9(5), 477-501.
- Gao, J., Zheng, P., Jia, Y., Chen, H., Mao, Y., Chen, S., Dai, J. (2020). Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *PLoS One* 15 (4), e0231924. doi: 10.1371/journal.pone.0231924
- Garcia, F. E., Pérez-Rovira, D., Zurtia, G. C., Martel, H. N., & Reyes, A. R. (2014). Religious coping, social support and subjective severity as predictors of posttraumatic growth in people affected by the earthquake in Chile. *Religions*, 5(4), 1132-1145.
- Garfin, D. R., Thompson, R. R., & Holman, E. A. (2018). Acute stress and subsequent health outcomes: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 112, 107-113. doi: 10.1016/j.jpsychores.2018.05.017
- Geçtan, E. (2018). *Psikodinamik psikiyatri ve normaldışı davranışlar*. (23. Baskı) İstanbul: Metis Yayınları.
- Gerber, M. M., Boals, A. & Schuettler, D. (2011). The unique contributions of positive and negative religious coping to posttraumatic growth and PTSD. *Psychology of Religion and Spirituality*, 3(4), 298.
- Gilbar, O., Weinberg, M., & Gil, S. (2012). The effects of coping strategies on PTSD in victims of a terror attack and their spouses: Testing dyadic dynamics using an actor-partner interdependence model. *Journal of Social and Personal Relationships*, 29(2), 246-261.

- Gizir, C. A. (2006). Bir kayıp sonrasında zorluklar yaşayan üniversite öğrencilerine yönelik bir yas danışmanlığı modeli. *Mersin Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(2), 195-213.
- Goldmann, E., & Galea, S. (2014). Mental health consequences of disasters. *Annu Rev Public Health*, 35, 169-183. doi: 10.1146/annurev-publhealth-032013-182435
- Gökalp, P. G. (2007, 2 Şubat). Stres, Anksiyete ve Kadın. Erişim adresi: <http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/3621.pdf>.
- Haden, S. C., Scarpa, A., Jones, R. T., & Ollendick, T. H. (2007). Posttraumatic stress disorder symptoms and injury: The moderating role of perceived social support and coping for young adults. *Personality and Individual Differences*, 42(7), 1187- 1198.
- Hökelekli, H. (2013). *Din Psikolojisine Giriş* (s.64). İstanbul: Dem Yay.
- Horesh, D., Lowe, S. R., Galea, S., Uddin, M., & Koenen, K. C. (2015). Gender differences in the long-term associations between posttraumatic stress disorder and depression symptoms: findings from the Detroit Neighborhood Health Study. *Depress Anxiety*. 32, 38–48. doi: 10.1002/da.22267
- House, J. S., Umberson, D., & Landis, K. R. (1988). Structures and processes of social support. *Annual Review of Sociology*, 14, 293–318. doi: 10.1146/annurev.so.14.080188.001453
- Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri için Geçerliliği, Güvenirliliği. *Psikoloji Dergisi*, 7(23), 3-13.
- Işık, E. (2003). *Depresyon ve Bipolar Bozukluklar*. (s. 64-98) Ankara: Görsel Sanatlar.
- Işık, E., Işık, U., & Taner, Y. (2013). *Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar*. Ankara: Ziraat Grup Matbaacılık.
- Işık, Z. (2015). *Sen Öldün Ben Büyüdüm Anne ve Babası Ölen Yetişkinler Üzerine*. İstanbul: Açılım Kitap.
- Jacobson, N. C., Lord, K. A., & Newman, M. G. (2017). Perceived emotional social support in bereaved spouses mediates the relationship between anxiety and depression. *Journal of Affective Disorders*, 211, 83-91.
- Joska, J. A., & Stein, D. J. (2008). Mood disorders. In Hales, R. E., Yudofsky, S. C., & Gabbard, G. O. (Eds.), *Textbook of Psychiatry*. (fifth ed.) Arlington, VA: APP.
- Karamustafalıoğlu, O., & Yumrukçal, H. (2011). Depression and anxiety disorders. *Med Bull Sisli Etfal Hosp*. 45(2), 65-74.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1998). *Dissociative disorders*. Synopsis of psychiatry, behavioral sciences-clinical psychiatry. (8th Ed.) Lippincott, Williams & Wilkins, Baltimore.
- Kaplan, H. I. (2016). Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry. Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 58(1), 78-79.

- Kawachi, I., & Kennedy, B. (1997). Socioeconomic determinants of health: health and social cohesion. Why care about income inequality? *British Medical Journal*, (314), 1037–1040.
- Kernberg, O. F. (2009). An integrated theory of depression. *Neuropsychanalysis*, 11(1), 76-80.
- Kersting, A., Braehler, E., Glaesmer, H., & Wagner, B. (2011). Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of Affective Disorders*, 131(1-3), 339-343.
- Keskin, A., Ünlüoğlu, İ., Bilge, U., & Yenilmez, Ç. (2013). Ruhsal Bozuklukların Yaygınlığı, Cinsiyetlere Göre Dağılımı ve Psikiyatrik Destek Alma ile İlişkisi. *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 50(4), 344–51.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., ...Wang, P. S. (2003). National comorbidity survey replication. the epidemiology of major depressive disorder: results from the national comorbidity survey replication (NCS-R), *JAMA*, 18, 289(23), 3095-105.
- Kessler, R. C. & Bromet, E. J. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annual Review of Public Health*, 34, 119-138.
- Kılıç, C. (1998). *Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin Nüfusla İlgili Sonuçlar*. Ankara, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları.
- Kılıç, C., & Uluğ, Ö. Ş. (2021). Türkiye'de depresyon yaygınlığı ve ilişkili faktörler. Devrimci Özgüven H. (Ed.). *Depresyon*. (1. Baskı) Ankara: Türkiye Klinikleri.
- Koenig, H. G., Pargament, K. I., & Nielsen, J. (1998). Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(9), 513–521.
- Korf, V. M. (2001). Improving depression care. *J Fam Prac.*, 50(6), 529-32.
- Kumar, K. S., Srivastava, S., Paswan, S., & Dutta, A. S. (2012). Depression-symptoms, causes, medications and therapies, *The Pharma Innovation*, 1(3), 37-81.
- Kula, N. (2002). Deprem ve Dini Başa Çıkma. *Hitit Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 1(1), 234-255.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping* (pp: 141). Newyork: Springer Publishing.
- Lazzerini, M., & Putoto, G. (2020). COVID-19 in Italy: momentous decisions and many uncertainties, *Lancet Glob Health*, 8(5), e641-e642. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30110-8
- Lee, A. M., Wong, J. G., McAlonan, G. M., Cheung, V., Cheung, C., Sham, P. C., Chua, S. E. (2007). Stress and psychological distress among SARS survivors 1 year after the outbreak, *Can. J. Psychiatry*, 52 (4), 233–240. doi: 10.1177/070674370705200405

- Lee, S. H., Shin, H. S., Park, H. Y., Kim, J. L., Lee, J. J., Lee, H., Han, W. (2019). Depression as a mediator of chronic fatigue and post-traumatic stress symptoms in middle east respiratory syndrome survivors, *Psychiatry Investig.*, 16 (1), 59–64. doi: 10.30773/pi.2018.10.22.3
- Lee, S. A., & Neimeyer, R. A. (2022). Pandemic Grief Scale: A screening tool for dysfunctional grief due to a COVID-19 loss. *Death Studies*, 46, 1, 14-24. doi: 10.1080/07481187.2020.1853885
- Lei, L., Huang, X., Zhang, S., Yang, J., Yang, L., & Xu, M. (2020). Comparison of prevalence and associated factors of anxiety and depression among people affected by versus people unaffected by quarantine during the COVID-19 epidemic in Southwestern China. *Med. Sci. Monit.*, 26, e924609. doi: 10.12659/msm.924609
- Li, J., Tendeiro, J. N., & Stroebe, M. (2019). Guilt in bereavement: Its relationship with complicated grief and depression. *International Journal of Psychology*, 54(4), 454-461. doi: 10.1002/ijop.12483
- Liang, L., Gao, T., Ren, H., Cao, R., Qin, Z., Hu, Y., ... Mei, S. (2020). Post-traumatic stress disorder and psychological distress in Chinese youths following the COVID-19 emergency. *J Health Psychol.*, 25(9), 1164-75.
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief, *Am J Psychiatry*, 151(6), 155-60. doi: 10.1176/ajp.151.6.155
- Linzer, M., Spitzer, R., Kroenke, K., Williams, J. B., Hahn, S., Brody, D., DeGruy, F. (1996). Gender, quality of life, and mental disorders in primary care: results from the PRIME-MD 1000 study. *Am J Med*, 101, 526-533.
- Liu, S., Yang, L., Zhang, C., Xiang, Y. T., Liu, Z., Hu, S., & Zhang, B. (2020a). Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), e17–e18. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30077-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30077-8)
- Liu, S., Yang, L., Zhang, C., Xiang, Y. T., Liu, Z., Hu, S., & Zhang, B. (2020b). Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak, *The Lancet Psychiatry*. doi: 10.1016/s2215-0366(20)30077-8
- Maercker, A., & Znoj, H. (2010). The younger sibling of PTSD: similarities and differences between complicated grief and posttraumatic stress disorder. *Eur J Psychotraumatol.*, 1, 55-58.
- Mak, I. W., Chu, C. M., Pan, P. C., Yiu, M. G., & Chan, V. L. (2009). Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors. *Gen. Hosp. Psychiatry*, 31(4), 318–326. doi:/10.1016/j.genhosppsy.2009.03.001
- Malkinson, R. (2009). *Bilişsel Yas Terapisi. Bir yakını kaybettikten sonra yaşamın anlamını yeniden yapılandırma.* (S.N. Akbaş, Çev.) Boylam Psikiyatri Enstitüsü, Ankara: HYB Basım Yayın.
- Mathew, L. T., & Marwit, S. J. (2004). Complicated grief and the trend toward cognitive behavioral therapy. *Death Studies*, 28, 849-863.

- McEvoy, P. M., Mahoney, A. E., & Moulds, M. L. (2010). Are worry, rumination, and post-event processing one and the same? Development of the repetitive thinking questionnaire. *Journal of anxiety disorders*, 24(5), 509-519.
- McFarlane, A. C. (1997). The prevalence and longitudinal course of PTSD. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 821(1), 10-23.
- McGoldrick, M., & Walsh, F. (2004). A time to mourn: Death and the family life cycle. In Walsh, F., McGoldrick, M. (Eds.), *Living beyond loss: Death in the family* (pp. 27– 46) W W Norton & Co.
- McIntoch, D. N., Silver, R. C., & Wortman, C. B. (1993). Religion's role in adjustment to a negative life event: Coping with the loss of a child. *J Personality and Social Psychology*, 65, 813-21.
- Miyajima, K., Fujisawa, D., Yoshimura, K., Ito, M., Nakajima, S., Shirahase, J., ...Miyashita, M. (2014). Association between quality of end-of-life care and possible complicated grief among bereaved family members. *Journal of Palliative Medicine*, 17(9), 1025–1031. doi: 10.1089/jpm.2013.0552
- Morgan, N., & Taylor, D. (2005). Psychodynamic psychotherapy and the treatment of depression. *Psychiatry*, 4(5), 6-9.
- Morina, N., von Lersner, U., & Prigerson, H. G. (2011). War and bereavement: consequences for mental and physical distress. *PLoS One*, 6(7), e22140. doi: 10.1371/journal.pone.0022140
- Mortazavi, S. S., Shahbazi, N., Taban, M., Alimohammadi, A., & Shati, M. (2021). Mourning During Corona: A Phenomenological Study of Grief Experience Among Close Relatives During COVID-19 Pandemics. *OMEGA- Journal of Death and Dying*. doi: 10.1177/00302228211032736
- Myerhoff, B. (1982). Rites of passage: Process and paradox. *Celebration: Studies in Festivity and Ritual*, 109, 35.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on psychological science*, 3(5), 400-424.
- Nutt, D. J. (2008). Relationship of neurotransmitters to the symptoms of major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*, 69(E1), 4-7.
- Ott, C. H., Lueger, R. J., Kelber, S. T., & Prigerson, H. G. (2007). Spousal bereavement in older adults: Common, resilient, and chronic grief with defining characteristics. *The Journal of nervous and mental disease*, 195(4), 332-341.
- Özgen, F., & Aydın, H. (1999). Posttraumatic Stress Disorder. *J Clin Psy.*, 2(1), 34-41.
- Özpuat Olgun, T. (1999). Travmatik kayıpların ardından gelişen yas sürecini belirleyen etmenler. [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı] İstanbul.
- Öztürk, O., & Uluşahin, A. (2011). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. (11. Baskı) Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.

- Pargament, K. I., Desai, K. M., & McConnell, K. M. (2006). Spirituality: A pathway to posttraumatic growth or decline? In Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice*. (pp: 121–137) London: Erlbaum.
- Parkes, C. M. (1965). Bereavement and Mental Illness, *British Medical Journal*, 38, 1-26.
- Parkes, C. M. (1988). Bereavement as a Psychosocial Transition: Processes of Adaptation to Change. *Journal of Social Issues*, 44(3), 53-65.
- Plumb, J. C., Orsillo, S. M., & Luterek, J. A. (2004). A preliminary test of the role of experiential avoidance in post-event functioning. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 245–257.
- Rando, T. A. (1985). Creating therapeutic rituals in the psychotherapy of the bereaved, *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 22(2), 236–240. doi: 10.1037/h0085500.
- Reed, M. (1998). Predicting Grief Symptomatology among the Suddenly Bereaved, *The American Association of Suicidology*, 28(3).
- Rihmer, Z., & Angst, J. (2007). Epidemiyoloji. In Sadock, B., & Sadock, V. (Eds.), *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. (Eighth ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ringdal, G. I., Jordoy, M. S., Ringdal, K., & Kaasa, S. (2001). Factors affecting grief reactions in close family members to individuals who have died of cancer. *J Pain Symptom Manage*, 22, 1016-1026.
- Sami, S., Toprak, Y., & Gökmen, A. (2020). COVID-19 Sürecinde Gençlerde Hayatın Anlamına Yönelik Değişim ve Dönüşümler. *İlahiyat Akademi Dergisi*, 12, 248.
- Sami, S. (2021). Covid-19 Nedeniyle Yakınlarını Kaybeden Bireylerde Yas Süreci ve Dini Başa Çıkma. *İlahiyat Tetkikleri Dergisi*, (55), 421-444. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ilted/issue/63142/888706>.
- Sakarya, D., & Güneş, C. (2013). Van Depremi Sonrasında Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtilerinin Psikolojik Dayanıklılık ile İlişkisi. *Kriz Dergisi*, 21(1-2-3), 25-32.
- Savaş, E. (2020). COVID-19 Sürecinde Yas, *Türkiye Sosyal Hizmetler Araştırma Dergisi*, 4(3), 86.
- Seligman, M. E., & Beagley, G. (1975). Learned helplessness in the rat. *J Comp Physiol Psychol.*, 88(2), 534-41. doi: 10.1037/h0076430
- Serinçay, H., Mat, G., Ülger, E., Özçakır, A., Alper, Z., & Uncu, Y. (2021). COVID-19 pandemisinde travma sonrası stres bozukluğu: Aile hekimliği yaklaşımı. *Türk Aile Hek Derg.*, 25(2), 37-46.
- Scheff, T. J. (1979). *Catharsis in healing, ritual, and drama*. University of California Press.

- Shear, K., & Shair, H. (2005). Research review: Attachment, loss, and complicated grief. *Developmental Psychobiology*, 47, 253-267.
- Shuja, K. H., Aqeel, M., Jaffar, A., & Ahmed, A. (2020). Covid-19 pandemic and impending global mental health implications. *Psychiatr. Danub.*, 32(1), 32-5. doi: 10.24869/psyd.2020.32
- Southwick, S.M., Morgan, C.A. 3rd, Darnell, A., Bremner, D., Nicolaou, A. L., Nagy, L. M., Charney, D. S. (1995). Trauma-related symptoms in veterans of Operation Desert Storm: a 2-year follow-up. *Am J Psychiatry*, 152(8), 1150-5. doi: 10.1176/ajp.152.8.1150
- Soydas, S., Smid, G. E., Lenferink, L. I., Djelantik, A. M. J., Goodfello, W. B., Wilson, R., Boelen, P. A. (2021). Psychopathology in a treatment-seeking sample of homicidally bereaved individuals: Latent class analysis. *Journal of affective disorders*, 292, 234-241.
- SPSS (IBM Corp. Released 2012) IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0, Armonk, NY: IBM Corp.
- Stein, M. B., & Roy-Byrne, P. P. (2020). Approach to treating posttraumatic stress disorder in adults. (2021, 1 temmuz). Erişim adresi: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-treating-posttraumatic-stress-disorder-in-adults>
- Stroebe, W., & Stroebe, M. S. (1988). Bereavement and Health. *Psychological Medicine*, Cambridge University Press: Cambridge, 18(3), 779-779. doi: 10.1017/S0033291700008783
- Stroebe, W., Zech, E., Stroebe, M. S., & Abakoumkin, G. (2005). Does social support help in bereavement? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(7), 1030-1050.
- Stroebe, W., Abakoumkin, G., & Stroebe, M. (2010). Beyond Depression: Yearning for the Loss of a Loved One. *OMEGA- Journal of Death and Dying*, 61(2), 85-101. doi: 10.2190/OM.61.2.a
- Tang, S., & Xiang, Z. (2021). Who suffered most after deaths due to COVID-19? Prevalence and correlates of prolonged grief disorder in COVID-19 related bereaved adults. *Global Health*, (17)19. doi: 10.1186/s12992-021-00669-5
- Taştan, C. (2020.) Kovid-19 salgını ve sonrası psikolojik ve sosyolojik değerlendirmeler. *Polis Akademisi Yayınları*, 90(35), 1-43.
- Taylor, D., & Richardson, P. (2005). The psychoanalytic/psychodynamic approach to depressive disorders. *Oxford Textbook of Psychotherapy* (pp. 127-136).
- T.C Cumhurbaşkanlığı Dijital Dönüşüm Ofisi (2020). Koronavirüs COVID-19 Dünya Haritası. Erişim adresi: <https://corona.cbddo.gov.tr/>
- T.C Sağlık Bakanlığı (2020). Covid-19 rehberi. Erişim adresi: <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66337/genel-bilgiler-epidemioloji-ve-tani.html>

- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18, doi: 0.1207/s15327965pli1501_01
- Tofoli, S. M. C., Baes, C. V. W., Martins, C. M. S., & Juruena, M. (2011). Early life stress, HPA axis, and depression. *Psychology & Neuroscience*, 4(2), 229–234. doi: 10.3922/j.psns.2011.2.008
- Tomarken, A., Holland, J., Schachter, S., Vanderwerker, L., Zuckerman, E., Nelson, C., ...Prigerson, H. (2008). Factors of complicated grief pre-death in caregivers of cancer patients. *Psychooncology*, 17(2), 105-11.
- Tomlinson, G., & Slater, D. (2017). *Depression: A cognitive approach*. London: Routledge.
- Townsend, M. C. (2016). Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları. *Depresif Bozukluklar*. (Özcan T, & Gürhan N., Çev.) Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- Tull, M. T., Edmonds, K. A., Scamaldo, K. M, Richmond, J. R., Rose, J. P., & Gratz, K. L. (2020). Psychological Outcomes Associated with Stay-at-Home Orders and the Perceived Impact of COVID-19 on Daily Life. *Psychiatry Research*, 113098.
- Tural, Ü., Tolun, H. G., Karakaya, I., Erol, A., Yıldız, M., & Erdoğan, S. (2001). Marmara Depremzedelerinde Travma Sonrası Stres bozukluğuna Eşlik Eden Başka Bir ruhsal Hastalık Gelişiminin Yordalayıcıları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(3), 175-183.
- Tükel, R., Çakır, S., & Ertekin, E. (Ed.). (2017). *Psikiyatri*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.
- Türkçapar, M. H. (2015). *Bilişsel Terapi*. (9. Baskı) Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Türksoy, N. (2003). Psikolojik travma ve tanım sorunları. Psikolojik travma ve sonuçları. (1. Baskı) In T. Aker, & M. E. Önder (Eds), İstanbul: 5US Yayınları.
- Uzuner, A. & Akman, M. (2017). Depresyonun nörobiyolojisi. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*. 8(1), 7-14.
- Yapıcı, A. (2007). *Ruh Sağlığı ve Din; Psiko-Sosyal Uyum ve Dindarlık*. Adana: Karahan Kitapevi Yay.
- Zara, A. (Ed.). (2011). *Kayıplar, yas tepkileri ve yas süreci. Yaşadıkça: psikolojik sorunlar ve başa çıkma yolları*. İmge Kitabevi.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., Ho, R. C. (2020a). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17 (5). doi: 10.3390/ijerph17051729
- Wang, Y., Di, Y., Ye, J., & Wei, W. (2020b). Study on the public psychological states and its related factors during the outbreak of coronavirus disease 2019

- (COVID-19) in some regions of *China*. *Psychol. Health Med*, (pp. 1–10). doi: 10.1080/13548506.2020.1746817
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., McIntyre, R. S., ...Ho, C. A. (2020). longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain Behav Immun*, 87, 40-48. doi: 10.1016/j.bbi.2020.04.028
- Worden, J. W. (2003). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. (Third edition) New York: Springer Pub.
- Worden, J. W. (2008). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. (Fifth edition) New York: Springer Pub.
- World Health Organization (2017). Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: World Health Organization.
- Wright, A. A., Zhang, B., Ray, A., Mack, J. W., Trice, E., Balboni, T., ...Prigerson H. G. (2008). Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. *JAMA*, 300(14), 1665–1673.
- Wurtman, R. J. (2005). Genes, stress, and depression. *Metabolism*. 54(5), 16-19. doi: 10.1016/j.metabol.2005.01.007

7. SİMGELER VE KISALTMALAR

Ark.: Arkadaşları

APA: American Psychiatric Assosiation

COVID-19: Koronavirüs-19

DSM-I: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders First Edition

DSM-III: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Third Edition

DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ECA: Epidemiologic Catchement Area

KKYG: Kendi Kendine Yardım Grubu

MMPI: Minnesota Multiphasic Personality Inventory

SARS: Severe Acute Respiratory Syndrome

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

STK: Sivil Toplum Kuruluşu

T.C.: Türkiye Cumhuriyeti

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Vb.: Ve benzeri

8. EKLER

Demografik Bilgi Formu

1) Geçtiğimiz son 1 yıl veya daha da öncesinde yakınınız olan birisi ya da birilerini covid-19 nedeni ölüme bağlı olarak kaybettiniz mi?

☐ Evet ☐ Hayır

2) Yukarıdaki soruya cevabınız evet ise kimi kaybettiğinizi işaretleyiniz

☐ Anne ☐ Baba ☐ Abi ☐ Abla ☐ Küçük kardeş ☐ eş-sevgili

☐ çocuk ☐ akraba ☐ arkadaş ☐ diğer

3) Yaşınız (hangi yaş grubuna ait iseniz işaretleyiniz):

☐ 18- 30 ☐ 30-40 ☐ 40-50 ☐ 50-65

4) Cinsiyetiniz:

☐ Kadın ☐ Erkek

5) Eğitim durumunuz (Almış olduğunuz son diplomaya göre işaretleyiniz.):

☐ Okur-yazar ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite ☐ Lisansüstü

6) Ailenizin aylık gelirini dikkate aldığınızda hangi gruba daha yakın olmaktadır?

☐ Üst ☐ Üst-Orta ☐ Orta ☐ Orta-Alt ☐ Alt

7) Medeni durumunuz:

☐ Bekar ☐ Evli ☐ Eşini kaybetmiş ☐ Boşanmış ☐ Birlikte yaşıyor ☐ Ayrı yaşıyor

8) Maneviyat hayatınızda ne kadar yer kaplar?

☐ Çok fazla ☐ Oldukça ☐ Kararsızım ☐ Biraz ☐ Hiç

Bu bölümde yaşadığınız COVID-19 NEDENLİ kayba ilişkin sorular olacaktır.

Lütfen her birini, atlamadan cevaplandırmaya özen gösteriniz.

Kaybettiğiniz kişinin:

10) Ölüm yeri:

☐ Hastane ☐ Ev

11) Ölüm Şekli:

☐ Beklenmedik / Ani ☐ Beklendik/Sıralı

12) Cenaze töreni oldu mu?

☐ Evet ☐ Hayır

13) Cenaze töreni olduysa törenine katıldınız mı ?

☐ Evet, katıldım. ☐ Hayır, katılmadım.

14) Cenaze töreninden sonra evinize taziye gelen yakınlarınız oldu mu ?

☐ Hiç gelen yoktu ☐ Çok az oldu ☐ Orta derecede gelen oldu ☐ Çok gelen oldu

15) Yas süreciniz ne kadar sürdü? (Kaç ay?)

☐ Yas tutmadım ☐ 1-2ay ☐ 2-3ay ☐ 3-4ay ☐ 5-6ay ☐ Devam ediyor

16) Kaybettiğiniz kişi ile aranızdaki ilişkiyi nasıl tarif edersiniz?

☐ Çok iyi anlaştık. ☐ İyi anlaştık ☐ Bazen iyi bazen kötüydü. ☐ Kötüydü, hep tartıştık. ☐ Kötüydü, hiç konuşmazdık.

17) Kaybınızdan sonra sosyal destek sağlayabilecek yakınlarınızla görüşme fırsatınız oldu mu?

☐ Hiç olmadı ☐ çok az oldu ☐ Orta derecede oldu ☐ Çok fazla oldu

18) Alkol tüketiminizde artış oldu mu ? (Kullanıyor iseniz)

☐ Evet ☐ Hayır

19) Sigara tüketiminizde artış oldu mu ? (Kullanıyor iseniz)

()Evet ()Hayır

20) Kaybınızın ardından kendinize zarar vermeyi/hayatınızı sonlandırmayı düşündünüz mü?

()Evet ()Hayır

21) Kaybınızın ardından dini inançlarınızda değişiklikler meydana geldi mi?

() Bir değişiklik olmadı. () Yaşadığım kayıptan sonra zayıfladı. () Yaşadığım kayıptan sonra eskisine göre güçlendi. () Dini inançlarım yoktur.

TRAVMATİK STRES BELİRTİ ÖLÇEĞİ

Aşağıda, insanların bir travmatik olayın ardından yaşayabileceği bazı sorunlar belirtilmiştir. Her maddeyi dikkatlice okuyun ve **travmatik olay olarak COVID-19'a bağlı yakın kaybınızı düşünerek, geçtiğimiz ay içinde** bu sorunun sizi ne sıklıkta rahatsız ettiğini en iyi ifade ettiğini düşündüğünüz sayıyı işaretleyin.

0=hiç ya da yalnızca bir kez

1=haftada bir ya da daha az/kısa bir süre

2=haftada 2-4 kez/yarım gün

3=haftada 5 ya da daha fazla/ neredeyse bütün gün

	Hiç ya da Yalnızca Bir Kez	Haftada Bir ya da Daha Az/Kısa Bir Süre	Haftada 2- Kez/ Yarım	Haftada 5 ya da Daha Fazla/
1. Bu travmatik olay hakkında, istemediğiniz halde aklınıza rahatsız edici düşünceler ya da imgelerin gelmesi.	0	1	2	3
2. Bu travmatik olay ile ilgili kötü rüyalar ya da kabuslar görme.	0	1	2	3
3. Bu travmatik olayı yeniden yaşama, sanki tekrar oluyormuş gibi hissetme ya da öyle davranma.	0	1	2	3
4. Bu travmatik olayı hatırladığınızda duygusal olarak altüst olduğunuzu hissetme(örneğin korku, öfke, üzüntü, suçluluk vb. gibi duygular yaşama).	0	1	2	3

5. Bu travmatik olayı hatırladığınızda vücudunuzda fiziksel tepkiler meydana gelmesi (örneğin ter boşalması, kalbin hızlı çarpması).	0	1	2	3
6. Bu travmatik olayı düşünmeme, hakkında konuşmamaya ya da hissetmemeye çalışma.	0	1	2	3
7. Bu travmatik olayı hatırlatan etkinliklerden kişilerden ya da yerlerden kaçınmaya çalışma.	0	1	2	3
8. Bu travmatik olayın önem taşıyan bir bölümünü hatırlayamama.	0	1	2	3

9. Önemli etkinliklere çok daha az sıklıkta katılma ya da bu etkinliklere çok daha az ilgi duyma.	0	1	2	3
10. Çevrenizdeki insanlarla aranızda bir mesafe hissetme ya da onlardan koptuğunuz duygusuna kapılma.	0	1	2	3
11. Duygusal açıdan kendinizi donuk, uyuşuk hissetme (örneğin, ağlayamama ya da sevecen duygular yaşayamama).	0	1	2	3
12. Gelecekle ilgili planlarınızın ya da umutlarınızın gerçekleşmeyeceği duygusuna kapılma (örneğin, bir meslek yaşamınızın olmayacağı, evlenmeyeceğiniz, çocuğunuzun olmayacağı ya da ömrünüzün uzun olmayacağı duygusu).	0	1	2	3
13. Uykuya dalma ya da uyumada zorluklar yaşama.	0	1	2	3
14. Çabuk sinirlenme ya da öfke nöbetleri geçirme.	0	1	2	3
15. Düşüncenizi ya da dikkatinizi belli bir noktada toplamada sıkıntı yaşama (örneğin, bir konuşma sırasında konuyu kaçırma, televizyondaki bir öyküyü takip edememe, okuduğunuz şeyi unutma).	0	1	2	3
16. Aşırı derecede tetikte olma (örneğin, çevrenizde kimin olduğunu kontrol etme, sırtınız bir kapıya dönük olduğunda rahatsız olma, vb.).	0	1	2	3
17. Diken üstünde olma ya da kolayca irkilme (örneğin, birisi peşinizden yürüdüğünde).	0	1	2	3

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Sayın cevaplayıcı, aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir.

Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

- 1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
 1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
 1. Gelecek hakkında karamsarım.
 2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
 1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
 2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- 4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
 2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 3. Her şeyden sıkılıyorum.
- 5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
 1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.

1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
 2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
 3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7-** 0. Kendimden memnunum.
1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
 2. Kendime çok kızıyorum.
 3. Kendimden nefret ediyorum.
- 8-** 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
 2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
 3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- 9-** 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
 2. Kendimi öldürmek isterdim.
 3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- 10-** 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.
 2. Çoğu zaman ağlıyorum.
 3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 11-** 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
 2. Şimdi hep sinirliyim.
 3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 12-** 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
 2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
 3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- 13-** 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
 2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
 3. Artık hiç karar veremiyorum.

14- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.

1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

15- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.

16- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

18- 0. İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

19- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

20- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.

2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
 3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 21- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.





**T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu**

Sayı : 2011-KAEK-26/139
Konu : Etik kurul kararı

28 /02/ 2022

Sayın Prof.Dr.Aslı SARANDÖL
Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Kurulumuza başvurusunu yaptığınız ve sorumlu araştırmacısı olduğunuz "Covid-19'a bağlı olarak yakınıni kaybeden bireylerde travma sonrası stres bozukluğu ve depresyon ilişkisinin incelenmesi" başlıklı araştırmanız ile ilgili kurulumuzun 23 Şubat 2022 tarih, 2022-4/29 nolu kararı ekte gönderilmektedir.

Gereği için bilgilerinize sunulur.

Prof.Dr.Mustafa MUSTAFAOĞLU

EKLER:

- 1-Karar (1 adet)
- 2-BGO formu (1 adet)
- 3-Anket formu, ölçek

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Rektörlük Binası, Görükle Kampüsü 16059 Nilüfer/BURSA
Tel: 0-224-2950020 Fax: 0-224-2950029
e-posta: uukaek@uludag.edu.tr Elektronik Ağ: www.tip.uludag.edu.tr

9. TEŞEKKÜR

Her şeyden önce kendi iç dünyalarına ait değerli bilgilerini paylaşan tüm katılımcılara, Öğrencisi olduğum için kendimi çok şanslı hissettiğim, yüksek lisansa başladığım günden bu yana değerli bilgi ve deneyimini benimle paylaşan, bana yol gösteren sevgili danışman hocam Prof. Dr. Aslı SARANDÖL'e

Değerli bilgi birikimleri, alanındaki deneyimleri ve çalışma disiplinleri ile yüksek lisans eğitim sürecimi verimli bir şekilde geçirmemi sağlayan sevgili hocalarım Doç. Dr. Enver Yusuf SİVRİOĞLU'na, Prof. Dr. Cengiz AKKAYA'ya, Prof. Dr. Selçuk KIRLI'ya ve Prof. Dr. Salih Saygın EKER'e

Tüm bu süreci benimle birlikte paylaşan, zorlandığımı hissettiğimde beni motive eden ve yardımlarını esirgemeyen sevgili meslektaşım Nurdan Zühre ÇİLEK'e

Hayatım boyunca attığım her adımda maddi-manevi desteğini benden esirgemeyen, bana güvenerek hayallerimi gerçekleştirmem için hep yanımda olan, iyi ve kötü günümde her zaman en büyük destekçim olan canım annem Meliha YILDIZ'a, varlığıyla güç veren canım babam Muharrem YILDIZ'a sonsuz teşekkürlerimi borç bilirim. Hepinize minnettarım.

10. ÖZGEÇMİŞ

İlkokul, ortaokul ve lise eğitimini Bursa’da tamamlamıştır. Aynı şekilde, lisans eğitimine de 2015 yılında Bursa Uludağ Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü’nde başlamış 1 yıllık İngilizce hazırlık eğitimi alarak 2020 yılında tamamlamıştır. 2020 yılında Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans programında yüksek lisans eğitimine başlamıştır.

